

**ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK  
PADA NY. Y DENGAN ASAM URAT DAN NY. M DENGAN ASAM  
URAT DISERTAI BATU GINJAL DI SEKOLAH LANSIA CEMPAKA  
MEDISTRA INDONESIA KOTA BEKASI TAHUN 2024**



**Disusun Oleh :  
AYU LUGINA SAFITRI  
23.156.03.11.009**

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MEDISTRA INDONESIA  
BEKASI TAHUN 2024**

**ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK  
PADA NY. Y DENGAN ASAM URAT DAN NY. M DENGAN ASAM  
URAT DISERTAI BATU GINJAL DI SEKOLAH LANSIA CEMPAKA  
MEDISTRA INDONESIA KOTA BEKASI TAHUN 2024**

**KARYA ILMIAH AKHIR NERS**

**Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar Ners**



**Disusun Oleh :**

**AYU LUGINA SAFITRI**

**23.156.03.11.009**

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MEDISTRA INDONESIA  
BEKASI TAHUN 2024**

## **SURAT PERNYATAAN**

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ayu Lugina Safitri

NPM : 23.156.03.11.009

Program Studi : Profesi Ners

Dengan ini menyatakan bahwa Karya Ilmiah Akhir dengan judul Asuhan Keperawatan Gerontik pada Ny. Y dengan Asam Urat dan Ny. M dengan Asam Urat disertai Batu Ginjal di Sekolah Lansia Cempaka Medistra Indonesia Kota Bekasi adalah benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan jiplakan maupun mengopy sebagian dari hasil karya orang lain.

Apabila dikemudian hari ternyata ditemukan ketidaksesuaian dengan pernyataan ini, maka saya bersedia mempertanggungjawabkan dan menerima sanksi, sesuai dengan ketentuan yang telah dibuat oleh STIKes Medistra Indonesia.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya di Bekasi pada tanggal 21 Maret 2024.

Yang Menyatakan,

Ayu Lugina Safitri

## LEMBAR PERSETUJUAN

**Karya Ilmiah Akhir ini Telah Diperiksa oleh Preseptor Satu dan  
Preseptor Dua dan Disetujui untuk Melaksanakan Seminar Hasil**

**Bekasi, 21 Maret 2024**

Menyetujui,

Penguji I

Penguji II

**Ns. Roulita, S.Kep., M.Kep.**  
NIDN. 0310087002

**Lisna Agustina, S.Kep.Ners., M.Kep.**  
NIDN. 0404088405

Mengetahui,

Kepala Program Studi Ilmu Keperawatan (S1) dan Profesi Ners  
STIKes Medistra Indonesia

**Kiki Deniati, S.Kep., Ners., M.Kep.**  
NIDN. 0316028302

## LEMBAR PENGESAHAN

Yang bertandatangan dibawah ini :

Nama : Ayu Lugina Safitri  
NPM : 23.256.03.11.009  
Program Studi : Profesi Ners  
Judul Karya Ilmiah Akhir : Asuhan Keperawatan Gerontik pada Ny. Y dengan Asam Urat dan Ny. M dengan Asam Urat disertai Batu Ginjal di Sekolah Lansia Cempaka Medistra Indonesia Kota Bekasi

Telah diperiksa, dikaji dan diujikan dalam seminar hasil pada tanggal 21 Maret 2024

Bekasi, 21 Maret 2024

PENGUJI I

PENGUJI II

**Ns. Roulita, S.Kep., M.Kep.**

NIDN. 0310087002

**Lisna Agustina, S.Kep., Ners., M.Kep.**

NIDN. 0404088405

Wakil Ketua I Bidang Akademik  
STIKes Medistra Indonesia

Kepala Program Studi Ilmu Keperawatan (S1)  
STIKes Medistra Indonesia

**Puri Kresnawati, SST., M.KM.**

NIDN. 0309049001

**Kiki Deniati, S.Kep., Ners., M.Kep.**

NIDN. 0316028302

**Ketua STIKes Medistra Indonesia**

**Dr. Lenny Irmawaty, SST., M.Kes.**

NIDN. 0319017902

## **KATA PENGANTAR**

Puji dan syukur Penulis panjatkan kehadirat Allah Swt., atas segala rahmat dan hidayah-Nya yang telah diberikan kepada penulis, baik berupa kesehatan fisik dan mental, maka penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir dengan judul “Asuhan Keperawatan Gerontik pada Ny. Y dengan Asam Urat dan Ny. M dengan Asam Urat disertai Batu Ginjal di Sekolah Lansia Cempaka Medistra Indonesia Kota Bekasi”. Karya Ilmiah Akhir ini merupakan salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar Ners pada Program Studi Profesi Ners di STIKes Medistra Indonesia, Bekasi.

Selama penyusunan karya ilmiah akhir ini, penulis mendapatkan bantuan dari berbagai pihak, untuk dengan segala hormat dan kerendahan hati menyampaikan penghargaan dan terima kasih kepada :

1. Allah Swt. dengan Rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini.
2. Usman Ompusunggu, S.E., selaku Pembina Yayasan STIKes Medistra Indonesia
3. Saver Masadar Ompusunggu, S.E., selaku Ketua Yayasan STIKes Medistra Indonesia.
4. Vermona Marbun, SKP., MKM. selaku Badan Pengurus Harian Yayasan STIKes Medistra Indonesia
5. Dr. Lenny Irmawaty Sirait, SST., M.Kes., selaku Ketua STIKes Medistra Indonesia.
6. Puri Kresnawati, SST., M.Kes., selaku Wakil Ketua I Bidang Akademik.

7. Sinda Ompusunggu, S.H, selaku Wakil Ketua II Bidang Administrasi dan Keuangan.
8. Hainun Nisa, SST., M.Kes., selaku Wakil Ketua III Bidang Kemahasiswaan dan Alumni.
9. Kiki Deniati, S.Kep., Ners., M.Kep., selaku Kepala Program Studi S1 Keperawatan STIKes Medistra Indonesia.
10. Nurty K. Gea, S.Kep.Ners., M.Kep.Sp.A., selaku Koordinator Profesi Ners.
11. Ernauly Meliana, S.Kep.,Ners., M.Kep., selaku Dosen Pembimbing Akademik.
12. Lisna Agustina, S.Kep.Ners., M.Kep., selaku Dosen Pembimbing Karya Ilmiah Akhir.
13. Roulita, S.Kep.,Ners., M.Kep. selaku Dosen Penguji Karya Ilmiah Akhir.
14. Seluruh Dosen dan Staff STIKes Medistra Indonesia yang tidak bisa disebutkan satu-persatu.
15. Terimakasih untuk keluarga saya yang selalu mendoakan dan memberikan semangat serta biaya yang begitu besar sehingga saya sampai di titik ini.

Dalam hal ini penulisan menyadari bahwa penyusunan karya ilmiah ini masih jauh dari kata sempurna. Maka kepada para pembaca khususnya mahasiswa Program Studi Profesi Ners dan umumnya kepada seluruh mahasiswa STIKes Medistra Indonesia. Jika ada kesalahan dan kekeliruan dalam penulisan karya ilmiah ini, penulis mohon kesediannya untuk memberikan kritik dan saran yang konstruktif, serta motivasi-motivasi yang membangun.

Bekasi, Maret 2024

Ayu Lugina Safitri

## DAFTAR ISI

COVER .....	i
SURAT PERNYATAAN.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
LEMBAR PENGESAHAN .....	iv
KATA PENGANTAR .....	v
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR SKEMA.....	xiii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan.....	4
1. Tujuan Umum .....	4
2. Tujuan Khusus .....	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	6
A. Konsep Teori Asam Urat.....	6
1. Definisi.....	6
2. Etiologi.....	7
3. Patofisiologi .....	9
4. Pathways .....	11

5. Manisfestasi Klinis.....	12
6. Pemeriksaan Penunjang .....	13
7. Therapy .....	13
8. Komplikasi .....	15
B. Konsep Teori Lansia.....	17
1. Pengertian Lansia.....	17
2. Karakteristik Lansia .....	18
3. Batas Usia Lansia.....	18
4. Tipe-tipe Lanjut Usia .....	19
5. Perubahan yang Terjadi pada Lansia .....	20
C. Konsep Asuhan Keperawatan Gerontik.....	24
1. Pengkajian.....	24
2. Analisa Data.....	42
3. Diagnosa Keperawatan .....	42
4. Intervensi Keperawatan .....	43
5. Implementasi Keperawatan.....	43
6. Evaluasi Keperawatan.....	43
BAB III LAPORAN KASUS.....	44
A. Asuhan Keperawatan pada Ny. Y dengan Asam Urat.....	44
1. Pengkajian.....	44
2. Diagnosa Keperawatan .....	66
3. Intervensi Keperawatan .....	66
4. Implementasi Keperawatan.....	67

5. Evaluasi Keperawatan.....	72
B. Asuhan Keperawatan pada Ny. M dengan Asam Urat disertai .....	77
1. Pengkajian.....	77
2. Diagnosa Keperawatan .....	99
3. Intervensi Keperawatan .....	99
4. Implementasi Keperawatan.....	100
5. Evaluasi Keperawatan.....	107
BAB IV PEMBAHASAN.....	113
A. Pengkajian .....	113
B. Diagnosa Keperawatan .....	117
C. Intervensi Keperawatan .....	119
D. Implementasi Keperawatan .....	122
E. Evaluasi Keperawatan .....	124
BAB V PENUTUP.....	127
A. Kesimpulan.....	127
B. Saran .....	128
DAFTAR PUSTAKA .....	129
LAMPIRAN.....	132

## DAFTAR TABEL

Tabel II- 1 Format KATZ Indeks.....	29
Tabel II- 2 Format Modifikasi dari Barthel Indeks.....	31
Tabel II- 3 Format SPSMQ.....	32
Tabel II- 4 Format MMSE.....	33
Tabel II- 5 Format TUG Test.....	38
Tabel II- 6 Format APGAR Keluarga.....	40
Tabel II- 7 Format Geriatric Depression Scale.....	41
Tabel III- 1 KATZ Indeks.....	52
Tabel III- 2 Modifikasi.....	54
Tabel III- 3 Status SPSMQ.....	55
Tabel III- 4 MMSE.....	56
Tabel III- 5 TUG Test.....	61
Tabel III- 6 APGAR Keluarga.....	62
Tabel III- 7 GDS.....	63
Tabel III- 8 Analisa Data.....	65
Tabel III- 9 Diagnosa Keperawatan.....	66
Tabel III- 10 Intervensi Keperawatan.....	66
Tabel III- 11 Implementasi Hari pertama.....	67
Tabel III- 12 Implementasi Hari Kedua.....	69
Tabel III- 13 Implementasi.....	71
Tabel III- 14 Evaluasi Hari Pertama.....	72

Tabel III- 15 Evaluasi Hari Kedua .....	74
Tabel III- 16 Evaluasi Hari Ketiga .....	75
Tabel III- 17 KATZ Indeks .....	85
Tabel III- 18 Modifikasi.....	87
Tabel III- 19 SPSMQ .....	88
Tabel III- 20 MMSE.....	89
Tabel III- 21 TUG Test .....	94
Tabel III- 22 APGAR Keluarga .....	95
Tabel III- 23 GDS .....	96
Tabel III- 24 Analisa Data.....	98
Tabel III- 25 Diagnosa Keperawatan .....	99
Tabel III- 26 Intervensi Keperawatan .....	99
Tabel III- 27 Implementasi Hari Pertama .....	100
Tabel III- 28 Implementasi Hari Kedua .....	103
Tabel III- 29 Implementasi Hari Ketiga.....	105
Tabel III- 30 Evaluasi Hari Pertama .....	107
Tabel III- 31 Evaluasi Hari Kedua .....	109
Tabel III- 32 Evaluasi Hari Ketiga.....	110

## DAFTAR SKEMA

Skema II- 1 Pathways Gout Ahritis .....	11
---	----

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Gout atau sering di dengan dengan asam urat merupakan senyawa dalam tubuh yang dihasilkan dari pemecahan purin, dimana kadar normalnya pada laki-laki dan wanita berbeda. Kadar normal asam urat pada laki-laki yaitu 7 mg/dl, sedangkan kadar normal asam urat pada wanita dibawah 6 mg/dl. Dikatakan seseorang mengalami peningkatan asam urat yaitu jika kadar asam urat diatas nilai normal dengan kriteria yang telah ditentukan (Medika, 2022).

Bersumber data *World Health organization*, prevalensi gout arthritis di dunia sebanyak 34,2%. Gout arthritis dering terjadi di negara maju seperti Amerika. Berdasarkan data, prevalensi arthritis gout di Amerika Serikat adalah 13,6% per 100.000 penduduk (W. H. Organization, 2017). Menurut hasil (Riskesdas, 2018) prevalensi asam urat di Indonesia semakin mengalami peningkatan tahun 2018 kejadian asam urat sebesar 7,30% golongan penyakit sendi berdasarkan gejalanya, didapatkan data bahwa di provinsi Jawa Barat prevalensi penderita asam urat sekitar 8,86%.

Menurut penelitian (Lubis & Lestari, 2020) asam urat akan tetap terbentuk meskipun tidak ada asupan purin dari luar tubuh. Perubahan purin menjadi asam urat juga tergantung pada selularitas relatif dan aktifitas transkripsi serta metabolik selular makanan. Bahan-bahan pangan seperti jejeroan, hati, daging ayam, makanan yang digoreng, santan dan buah-buahan memiliki kandungan

purin yang tinggi sehingga dapat meningkatkan kadar asam urat dalam darah antara 0,5–0,75 g/ml purin yang dikonsumsi.

Penderita asam urat harus sudah mulai bisa untuk mengatur frekuensi makan makanan yang dikonsumsi. Frekuensi pola makan penderita asam urat harus diperhatikan untuk menjaga kadar asam urat yang ada di dalam darah. (Purwandari, 2022). Ada peningkatan luar biasa untuk prevalensi gout (asam urat), yang sangat berkorelasi dengan perkembangan ekonomi seperti yang ditunjukkan oleh pola makan dan gaya hidup. Penyakit pirai (gout) atau artritis (gout) adalah penyakit yang disebabkan oleh tumpukan asam urat atau kristal pada jaringan, terutama pada jaringan sendi. Gout berhubungan erat dengan gangguan metabolisme purin yang memicu peningkatan kadar asam urat dalam darah (hiperurisemia) (Fitriani et al., 2021).

Penelitian Nurul Magfira dan Hariza Adnani tahun 2021 menunjukkan karakteristik usia yang mengalami asam urat memiliki prevalensi yang paling tinggi yaitu pada usia 60-79 tahun dengan presentasi 52.8% (Magfira & Adnani, 2021). Pada penelitian lain menunjukkan asam urat tertinggi yaitu sebesar 9,4 mg/dL ditemukan pada lansia umur 79 tahun sedangkan kadar asam urat terendah yaitu sebesar 5,1 mg/dL pada lansia berumur 60 tahun. Hal ini menunjukkan bahwa semakin bertambahnya umur seseorang maka kadar asam urat akan meningkat (Sueni et al., 2021).

Pada lansia, penuaan dikaitkan dengan adanya degeneratif pada jaringan integumen, tulang, janyung, struktur pembuluh darah, dan jaringan tubuh lainnya termasuk dengan metabolisme dalam tubuh (Huda et al., 2022). Akibat

metabolisme menurun tersebut maka menyebabkan beberapa proses katabolisme dan anabolisme dalam tubuh akan mengalami ketidaknormalan, termasuk metabolisme purin dan pirimidin penghasil asam urat dan metabolisme glukosa dalam tubuh (Yati et al., 2023).

Adapun faktor faktor yang mempengaruhi kadar asam dalam tubuh, seperti genetik, indeks masa tubuh, jenis kelamin, dan usia. Berdasarkan penelitian Ira Riswana dan Nunung Sri Mulyani tahun 2022 terdapat hubungan yang signifikan antara genetik (keturunan) dengan kadar asam urat, dimana sampel yang ada genetik (keturunan) dan memiliki kadar asam urat tinggi memiliki peluang 5.667 kali mengalami hiperurisemia (Riswana & Mulyani, 2022). Ada pula penelitian yang menunjukkan bahwa umumnya yang sering terserang asam urat adalah laki-laki, karena secara alami laki-laki memiliki kadar asam urat di dalam darah lebih tinggi dari pada perempuan (Sueni et al., 2021). Hasil penelitian hubungan antara IMT dan kadar asam urat menyimpulkan bahwa obesitas berpengaruh pada kadar asam urat (Leokuna & Malinti, 2020).

Bahaya asam urat jika tidak diobati, akan berdampak negatif apabila asam urat melebihi batas aman, maka komplikasi akan terjadi pada ginjal dan jantung, mereka yang menderita *hiperurikemia* beresiko meningkatkan pembentukan batu asam urat di ginjal dan batu kalsium oksalat. Kedua batu ini akan menyebabkan tingginya tekanan di batu ginjal dan pembuluh – pembuluh darah, sehingga dinding pembuluh darah semakin tebal dan aliran darah ke ginjal pun semakin berkurang, inilah yang menyebabkan terjadinya kerusakan ginjal (Misnadiarly, 2017).

Hasil penelitian (Siregar, 2021) pengetahuan masyarakat di Puskesmas Binjai Estate Tahun 2020 dari 35 orang lansia (100%) sebanyak 13 orang mengalami pengetahuan kurang mengenai asam urat (37%) dan 12 orang mengalami pengetahuan cukup mengenai asam urat (34%).

Hasil observasi saat kegiatan lapangan stase Keperawatan Gerontik di RW 19 dan RW 10 Kelurahan Sepanjang Jaya sebanyak 32 lansia yang dikaji didapatkan 10 lansia mengalami kadar asam urat tinggi. Lansia yang menderita kadar asam urat yang tinggi ini sebagian ada yang memang memiliki riwayat asam urat dan ada yang baru mengetahui dirinya asam urat saat dilakukan pemeriksaan pada saat kegiatan dilakukan.

Berdasarkan latar belakang sebelumnya, penulis tertarik untuk menyusun asuhan keperawatan lansia pada Ny. Y dan Ny. M dengan judul Asuhan Keperawatan Gerontik pada Ny. Y dengan Asam Urat dan Ny. M dengan Asam Urat disertai Batu Ginjal di Sekolah Lansia Cempaka Medistra Indonesia Kota Bekasi.

## **B. Tujuan**

### **1. Tujuan Umum**

Mengaplikasikan Asuhan Keperawatan Gerontik pada Ny. Y dengan Asam Urat dan Ny. M dengan Asam Urat disertai Batu Ginjal di Sekolah Lansia Cempaka Medistra Indonesia Kota Bekasi.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Melakukan pengkajian pada lansia dengan asam urat di Sekolah Lansia Cempaka Medistra Indonesia.

- b. Menentukan diagnosa keperawatan pada lansia dengan asam urat di Sekolah Lansia Cempaka Medistra Indonesia.
- c. Membuat rencana tindakan asuhan keperawatan pada lansia dengan asam urat di Sekolah Lansia Cempaka Medistra Indonesia.
- d. Mengaplikasikan terapi non farmakologi pada lansia dengan asam urat di Sekolah Lansia Cempaka Medistra Indonesia.
- e. Melakukan evaluasi keperawatan pada lansia dengan asam urat di Sekolah Lansia Cempaka Medistra Indonesia.
- f. Mendeskripsikan kesenjangan antara teori dan praktek pada lansia dengan asam urat di Sekolah Lansia Cempaka Medistra Indonesia.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Teori Asam Urat**

##### **1. Definisi**

Asam urat sebenarnya adalah nama senyawa turunan dari purin atau produk akhir dari pemecahan purin. Sekitar 85% asam urat dapat diproduksi sendiri oleh tubuh melalui metabolisme nukleotida purin endogen, guanic acid (GMP), insonic acid (IMP), dan adenic acid (AMP) (Medika, 2022).

Asam urat terbentuk akibat metabolisme purin di dalam tubuh. Purin berasal dari makanan yang mengandung protein. Contohnya makanan yang mengandung banyak purin adalah jeroan, daging, kerang, kepiting, udang, emping, kacang-kacangan, bayam, kangkung, kubis, durian, nanas, tape, alkohol dan lain-lain (Kertia, 2009). Asam urat merupakan hasil metabolisme di dalam tubuh yang kadarnya tidak boleh berlebihan, setiap orang memiliki asam urat di dalam tubuhnya, karena setiap metabolisme normal akan di hasikan asam urat sedangkan pemicunya adalah faktor makanan dan senyawa lain yang banyak mengandung purin (Fitriani et al., 2021).

Dalam dunia medis, penyakit asam urat disebut dengan penyakit pirai atau arthritis gout. Penyakit asam urat adalah penyakit radang sendi yang dapat menimbulkan rasa nyeri, panas, bengkak, dan kaku pada persendian. Penyakit ini disebabkan oleh kandungan asam urat yang berlebih dalam

darah sehingga terjadi penumpukan kristal asam urat di persendian dan jaringan lunak lain (Medika, 2022).

## 2. Etiologi

Penyebab terjadinya penyakit asam urat menurut (Medika, 2022), yaitu:

### a. Produksi asam urat meningkat

Peningkatan asam urat dalam tubuh dapat disebabkan oleh empat hal berikut:

- 1) Terlalu banyak mengonsumsi makanan tinggi purin. Sebenarnya, tubuh kita dapat memproduksi asam urat hingga 85%, jadi asam urat dari luar tubuh yang berasal dari makanan hanya 15%. Apabila kita mengonsumsi makanan tinggi purin secara berlebihan, kadar asam urat dalam darah juga akan meningkat sehingga beresiko menimbulkan penyakit asam urat.
- 2) Adanya suatu penyakit seperti kanker pada sistem limfatik (limfoma), kemoterapi pada pengobatan kanker, dan adanya kerusakan otot. Penyakit tersebut menyebabkan terjadinya peningkatan produksi asam urat dalam tubuh.
- 3) Kelainan bawaan, yaitu:
  - a) Kekurangan enzim HGPRT yang menyebabkan gangguan metabolisme purin bawaan (inborn error of purine metabolism)
  - b) Aktivitas enzim fosforibosil pirofosfat sintetase (PRPP-sintetase) yang berlebih

c) Penggunaan obat tertentu. Beberapa obat yang dapat meningkatkan kadar asam urat dalam darah, antara lain obat untuk penderita hipertensi, aspirin, dan obat yang mengandung niasin. Untuk itu, penggunaan obat tersebut harus sesuai dengan anjuran dokter.

b. Gangguan pengeluaran asam urat

Gangguan pada proses pengeluaran (ekskresi) asam urat dapat terjadi karena gangguan pada fungsi ginjal. Ginjal berfungsi menyaring dan membuang berbagai elemen dalam tubuh termasuk asam urat jika tidak dibutuhkan oleh tubuh. Terganggunya fungsi ginjal dapat disebabkan oleh penggunaan obat-obatan tertentu dalam jangka waktu yang lama dan gaya hidup yang tidak sehat.

Terganggunya fungsi ginjal dapat juga disebabkan oleh asam urat itu sendiri. Kandungan asam urat yang tinggi dalam jangka waktu lama dan terus-menerus dapat membuat ginjal bekerja berat, ginjal juga dapat mengalami “kelelahan” sehingga fungsinya menurun.

Selain gangguan pada ginjal, berikut faktor lain yang dapat menghambat pengeluaran asam urat dari dalam tubuh:

- 1) Konsumsi alkohol berlebih
- 2) Konsumsi obat-obatan tertentu, seperti obat diuretik (HCT), obat TB paru (pirazinamid), salisilat untuk mencegah penggumpalan trombosit.

- 3) Kondisi medis tertentu, seperti ketoasidosis, dehidrasi, adanya hiperparatiroidisme dan sarkoidosis sehingga terjadi peningkatan kadar kalsium darah.
- 4) Olahraga terlalu berat sehingga terjadi penumpukan asam laktat.

### 3. Patofisiologi

*Gout Arthritis* terjadi karena adanya gangguan metabolisme Purin dalam tubuh, intake bahan yang mengandung asam urat tinggi dan sistem ekskresi Asam urat yang tidak adekuat akan menghasilkan akumulasi asam urat yang berlebihan di dalam plasma darah (Hiperurisemia), sehingga mengakibatkan kristal asam urat menumpuk dalam tubuh. Penimbunan ini menimbulkan iritasi lokal dan menimbulkan respon inflamasi. Banyak faktor yang berperan dalam mekanisme serangan *Gout Arthritis* salah satunya yang telah diketahui peranannya adalah konsentrasi asam urat dalam darah. mekanisme serangan *Gout Arthritis* akut berlangsung melalui beberapa fase secara berurutan yaitu, terjadinya presipitasi kristal monosodium urat dapat terjadi di jaringan bila konsentrasi dalam plasma lebih dari 9 mg/dl. Presipitasi ini terjadi di rawan, sinovium, jaringan para-artikuler misalnya bursa, tendon, dan selaputnya. Kristal urat yang bermuatan negatif akan dibungkus oleh berbagai macam protein. Pembungkusan dengan Ig akan merangsang netrofil untuk berespon terhadap pembentukan kristal. Pembentukan kristal menghasilkan faktor kemotaksis yang menimbulkan respon leukosit dan selanjutnya akan terjadi fagositosis kristal oleh leukosit (Amin & Hardhi 2019).

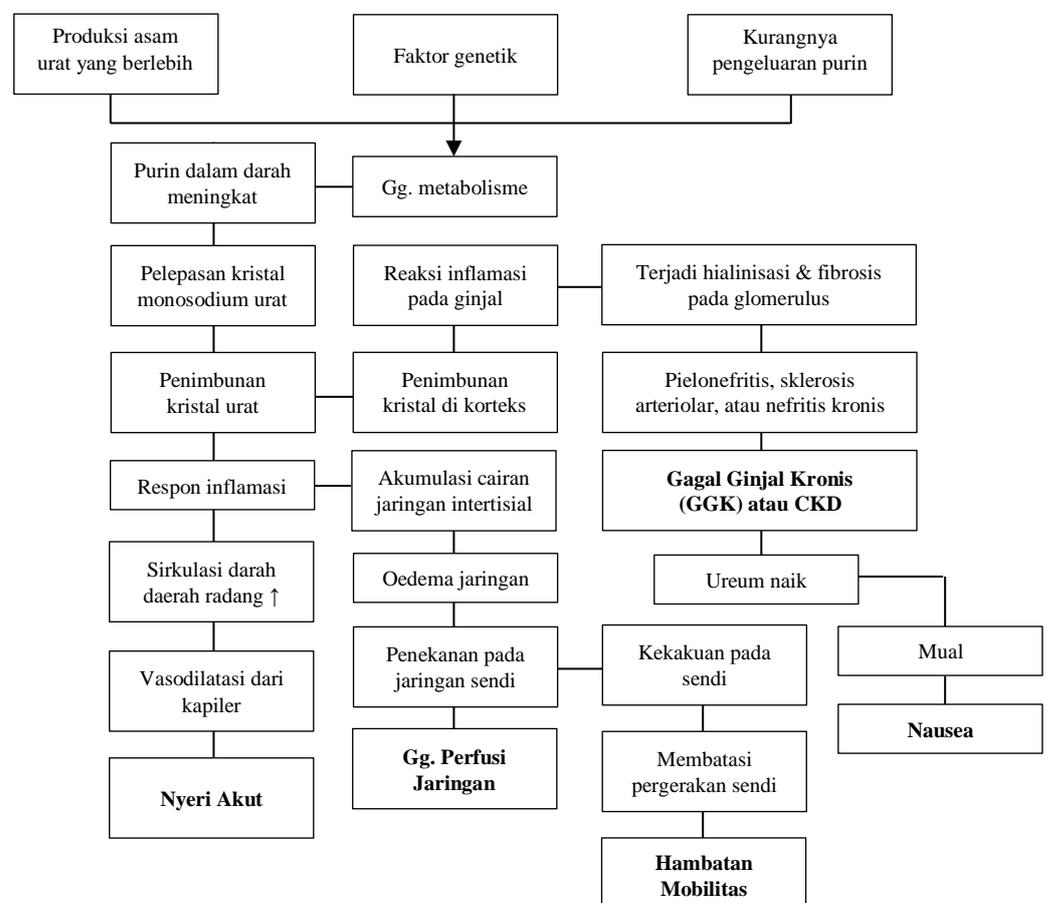
Kristal difagositosis oleh leukosit membentuk Fagolisosom dan akhirnya membran vakuola disekeliling oleh kristal dan membran leukositik lisosom yang dapat menyebabkan kerusakan lisosom, sesudah selaput protein dirusak, terjadi ikatan hidrogen antara permukaan kristal membran lisosom. Peristiwa ini menyebabkan robekan membran dan pelepasan enzim-enzim dan oksidase radikal kedalam sitoplasma yang dapat menyebabkan kerusakan jaringan. Setelah terjadi kerusakan sel, enzim-enzim lisosom dilepaskan kedalam cairan sinovial, yang menyebabkan kenaikan intensitas inflamasi dan kerusakan jaringan (Amin & Hardhi 2019).

Saat asam urat menjadi bertumpuk dalam darah dan cairan tubuh lain, maka asam urat tersebut akan mengkristal dan akan membentuk garam-garam urat yang akan berakumulasi atau menumpuk di jaringan konektif di seluruh tubuh, penumpukan ini disebut tofi. Adanya kristal akan memicu respon inflamasi akut dan netrofil melepaskan lisosomnya. Lisosom ini tidak hanya merusak jaringan tetapi juga menyebabkan inflamasi. Serangan *Gout Arthritis* akut awalnya biasanya sangat sakit dan cepat memuncak.. Serangan pertama ini timbul rasa nyeri berat yang menyebabkan tulang sendi terasa panas dan merah. Tulang sendi metatarsophalangeal biasanya yang paling pertama terinflamasi, kemudian mata kaki, tumit, lutut dan tulang sendi pinggang. (Priscilla, Dkk 2019).

Periode interkritikal adalah periode dimana tidak ada gejala selama serangan *Gout Arthritis*. Kebanyakan penderita mengalami serangan kedua

pada bulan ke-6 sampai 2 tahun setelah serangan pertama. Serangan berikutnya disebut dengan poliartrikular yang tanpa kecuali menyerang tulang sendi kaki maupun lengan yang biasanya disertai dengan demam. Tahap akhir serangan *Gout Arthritis* akut atau *Gout Arthritis* kronik ditandai dengan *Polyarthritis* yang berlangsung sakit dengan Tofi yang besar pada kartigo, membrane sinovial, tendon dan jaringan halus. Tofi terbentuk di jari tangan, kaki, lutut, ulna, helices pada telinga, tendon achilles dan organ internal seperti ginjal (Priscilla, Dkk 2015).

#### 4. Pathways



Skema II- 1 Pathways Gout Arthritis

## 5. Manifestasi Klinis

Tanda dan Gejala Menurut (Sapti, 2019), tanda dan gejala yang biasa dialami oleh penderita penyakit arthritis gout adalah:

- 1) Kesemutan dan linu.
- 2) Nyeri terutama pada malam atau pagi hari saat bangun tidur.
- 3) Sendi yang terkena arthritis gout terlihat bengkak, kemerahan, panas, dan nyeri luar biasa.
- 4) Menyerang satu sendi dan berlangsung selama beberapa hari, gejalanya menghilang secara bertahap dimana sendi kembali berfungsi dan tidak muncul gejala hingga terjadi serangan berikutnya.
- 5) Urutan sendi yang terkena serangan gout berulang adalah ibu jari kaki (padogra), sendi tarsal kaki, pergelangan kaki, sendi kaki belakang, pergelangan tangan, lutut, dan bursa elekranon pada siku.
- 6) Nyeri hebat dan akan merasakan nyeri pada tengah malam menjelang pagi.
- 7) Sendi yang terserang gout akan membengkak dan kulit biasanya akan berwarna merah atau kekuningan, serta terasa hangat dan nyeri saat digerakkan serta muncul benjolan pada sendi (tofus). Jika sudah agak lama (hari kelima), kulit di atasnya akan berwarna merah kusam dan terkelupas (deskuamasi). Gejala lainnya adalah muncul tofus di helix telinga/pinggir sendi/tendon. Menyentuh kulit di atas sendi yang terserang gout bias memicu rasa nyeri yang luar biasa. Rasa nyeri ini

akan berlangsung selama beberapa hari hingga sekitar satu minggu, lalu menghilang.

- 8) Gejala lain yaitu demam, menggigil, tidak enak badan, dan jantung berdenyut dengan cepat.

## **6. Pemeriksaan Penunjang**

### **a. Pemeriksaan Laboratorium**

Apabila seseorang menderita asam urat maka pemeriksaan laboratorium menunjukkan kadar asam urat dalam darah diatas 7 mg/dl bagi laki-laki dan bagi perempuan lebih dari 6 mg/dl.

### **b. Pemeriksaan Rontgen**

Pemeriksaan rontgen perlu dilakukan untuk melihat kelainan pada tulang maupun pada sendi dan jaringan di sekitar sendi.

## **7. Therapy**

Penatalaksanaan penderita asam urat dapat dilakukan dengan tindakan farmakologis dan nonfarmakologis.

### **1) Tindakan farmakologis**

Tindakan farmakologis dapat digunakan untuk mencegah keparahan penyakit lebih lanjut seperti pemberian obat NSAID yang dapat digunakan untuk mencegah pembengkakan pada penderita asam urat (Putri et al., S.Susanti, dkk. Al, 2017). Dalam penelitian (Lexy Oktora Wilda, 2020) menjelaskan terapi farmakologi antarlain dengan Obat Anti inflamsi Non Steroid (OAINS), seperti ibuprofen, Naproxen dan alloporinol.

## 2) Tindakan non farmakologis

### Kompres hangat jahe dan serai

Kompres hangat adalah suatu tindakan yang dilakukan dengan cara menggunakan kain / handuk atau waslap yang telah direndam pada air hangat yang berisi jahe dan serai yang sudah digeprek, yang selanjutnya ditempelkan pada bagian tertentu, atau bisa menggunakan alat seperti botol yang diisi air hangat. Kompres jahe dan serai hangat memberikan sensasi hangat kepada pasien untuk mengurangi rasa nyeri selain itu kompres hangat juga dapat melebarkan sirkulasi pembuluh darah sehingga meringankan sensasi nyeri (Roihatul & Ni'matul, 2017). Kompres hangat jahe dan serai adalah suatu upaya nonfarmakologis yang dapat diterapkan untuk mengatasi nyeri, dimana jahe dan serai mempunyai khasiat antara lain memiliki rasa pedas dan bersifat hangat. Selain itu jahe mengandung senyawa kimia diantaranya gingerol, minyak terbang, limonene, acid aspartic, senyawa inilah yang menghambat munculnya rasa nyeri. Tanaman serai juga memiliki kandungan enzim siklo-oksigenase yang memiliki khasiat untuk mengurangi peradangan pada penderita gout arthritis, selain itu serai juga memiliki efek farmakologis yaitu rasa pedas yang bersifat hangat. Ridha hidayat, (2020). Adrianus Pake Yada, (2019) Dalam penelitian Lexy Oktora Wilda, (2020) mengatakan kompres hangat jahe dan serai efektif untuk mengatasi nyeri, karena Kandungan zat anti nyeri pada tanaman jahe dan serai

dan didukung dengan efek kompres hangat basah mampu menurunkan ambang batas 28 sensasi nyeri pada otak. Terapi ini sangat dianjurkan sebagai pertolongan pertama yang mudah dan murah untuk dilaksanakan.

## 8. Komplikasi

Komplikasi dari *Gout Arthritis* belum banyak disadari oleh masyarakat umum. Menurut Sapti 2019, berikut ini komplikasi yang terjadi akibat tingginya kadar asam urat:

### 1) Kerusakan sendi

Arthritis gout merupakan penyakit yang cukup ditakuti sebagian orang karena menimbulkan kerusakan sendi dan perubahan bentuk tubuh. Kerusakan sendi yang disebabkan tingginya asam urat dapat terjadi di tangan maupun kaki. Kerusakan tersebut terjadi karena asam urat menumpuk di dalam sendi dan menjadi kristal yang mengganggu sendi. Sendi yang tertutup kristal asam urat menyebabkan jari-jari tangan maupun kaki menjadi kaku dan bengkok tidak beraturan. Namun yang ditakuti penderita bukan bengkoknya melainkan rasa sakit yang berkepanjangan.

### 2) Terbentuk Tofi

Tofi adalah timbunan kristal monosodium urat monohidrat (MSUM) di sekitar persendian yang sering mengalami serangan akut atau timbul di sekitar tulang rawan sendi, synovial, bursa, atau tendon. Di luar sendi, tofi juga bisa ditemukan di jaringan lunak, otot jantung

(miokard), katup bicuspid jantung (katup mitral), retina mata, dan pangal tenggorokan (laring). Tofi tampak seperti benjolan kecil (nodul) berwarna pucat, sering teraba pada daun telinga, bagian punggung (ekstensor) lengan sekitar siku, ibu jari kaki, bursa di sekitar tempurung lutut (prepatela), dan pada tendon achilles. Tofi baru ditemukan pada kadar asam urat 10-11 mg/dL. Pada kadar >11 mg/dL, pembentukan tofi menjadi sangat progresif. Bila hiperurisemia tidak terkontrol, tofi bisa membesar dan menyebabkan kerusakan sendi sehingga fungsi sendi terganggu. Tofi juga bisa menjadi koreng (ulserasi) dan mengeluarkan cairan kental seperti kapur yang mengandung MSU. Dengan adanya tofi, kemungkinan sudah terjadi pengendapan Na urat di ginjal.

### 3) Penyakit Jantung

Kadar asam urat yang tinggi dapat menimbulkan gangguan jantung. Bila penumpukan asam urat terjadi di pembuluh darah arteri maka akan mengganggu kerja jantung. Penumpukan asam urat yang terlalu lama dapat menyebabkan LVH (Left Ventrikel Hypertropy) yaitu pembengkakan ventrikel kiri pada jantung.

### 4) Batu Ginjal

Tingginya kadar asam urat yang terkandung dalam darah dapat menimbulkan batu ginjal. Batu ginjal terbentuk dari beberapa zat yang disaring dalam ginjal. Bila zat tersebut mengendap pada ginjal dan tidak bisa keluar bersama urine maka membentuk batu ginjal.

Batu ginjal yang terbentuk diberi nama sesuai dengan bahan pembuat batu tersebut. Batu ginjal yang terbentuk dari asam urat disebut batu asam urat.

#### 5) Gagal Ginjal

Komplikasi yang sering terjadi karena arthritis gout adalah gagal ginjal atau nefropati gout. Tingginya kadar asam urat berpotensi merusak fungsi ginjal. Adanya kerusakan fungsi ginjal dapat menyebabkan ginjal tidak bisa menjalankan fungsinya dengan baik atau mengalami gagal ginjal. Bila gagal ginjal terjadi ginjal tidak dapat membersihkan darah. Darah yang tidak dibersihkan mengandung berbagai macam racun yang menyebabkan pusing, muntah, dan rasa nyeri sekujur tubuh.

## **B. Konsep Teori Lansia**

### **1. Pengertian Lansia**

Lansia adalah individu yang berusia diatas 60 tahun, pada umumnya memiliki tanda-tanda terjadinya penurunan fungsi-fungsi biologis, psikologis, sosial dan ekonomi (Muhith, Abdul, 2017). Menurut *World Health Organization* (WHO) lansia adalah seseorang yang telah memasuki usia 60 tahun keatas. Lansia merupakan kelompok umur pada manusia yang telah memasuki tahapan akhir dari fase kehidupannya. Kelompok yang dikategorikan lansia ini akan terjadi suatu proses yang disebut *Aging Process* atau proses penuaan. Seseorang dikatakan lansia ialah apabila berusia 60 tahun atau lebih, karena faktor tertentu tidak dapat memenuhi

kebutuhan dasarnya baik secara jasmani, rohani maupun sosial (Sya'idah, 2019)

## **2. Karakteristik Lansia**

Menurut (Nu'a, Rua and Nahak, 2023), lansia memiliki karakteristik sebagai berikut :

- a. Berusia lebih dari 60 tahun
- b. Kebutuhan dan masalah yang bervariasi dari rentang sehat sampai sakit, dari kebutuhan bipsikososial sampai spiritual, serta dari kondisi yang diterima dan kurang dapat diterima.
- c. Lingkungan tempat tinggal yang bervariasi.

## **3. Batas Usia Lansia**

Batasan umur pada usia lanjut menurut *World Health Organization* (WHO) dalam (Nu'a, Rua and Nahak, 2023) lansia meliputi:

- a. Lanjut usia (*Eldery*) antara usia 60-70 tahun
- b. Lanjut usia (*Old*) antara usia 75-89 tahun
- c. Usia sangat tua (*Very old*) diatas usia >90 tahun

Sedangkan batasan umur usia lanjut menurut Kemenkes RI meliputi:

- a. Pralansia yaitu seseorang yang berusia antara 45 sampai 59 tahun
- b. Lansia merupakan seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih.
- c. Lansia risiko tinggi adalah seseorang yang berusia 70 tahun atau lebih, atau seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih yang memiliki masalah kesehatan.

- d. Lansia potensial merupakan lansia yang masih mampu melakukan pekerjaan atau kegiatan yang dapat menghasilkan barang atau jasa.
- e. Lansia tidak potensial merupakan lansia yang tidak berdaya mencari nafkah sehingga hidupnya bergantung pada bantuan orang lain

#### **4. Tipe-tipe Lanjut Usia**

Menurut (Sya'idah, 2019), banyak yang ditemukan bermacam-macam tipe lansia. Beberapa diantaranya meliputi:

##### **a. Tipe arif bijaksana**

Lansia ini kaya dengan hikmah pengalaman, menyesuaikan diri dengan perubahan zaman, mempunyai kesibukan, berikap ramah, rendah hati, sederhana, dermawan, memenuhi undangan dan menjadi panutan.

##### **b. Tipe mandiri**

Lansia kini senang mengganti kegiatan yang hilang dengan kegiatan yang baru, selektif dalam mencari pekerjaan dan teman pergaulan, serta memenuhi undangan.

##### **c. Tipe tidak puas**

Lansia yang selalu mengalami konflik lahir batin, mementang proses penuaan yang menyebabkan kehilangan kecantikan, kehilangan daya tarik jasmani, kehilangan kekuasaan, status, teman yang disayangi, pemarah, tidak sabar, mudah tersinggung, menuntut, sulit dilayani, dan pengkritik.

##### **d. Tipe pasrah**

Lansia yang selalu menerima dan menunggu nasib baik, mengikuti kegiatan beribadah, ringan kaki, melakukan berbagai jenis pekerjaan.

e. Tipe bingung

Lansia yang sering kaget, kehilangan keperibadian, mengasingkan diri, merasa minder, menyesal, pasif, acuh tak acuh

## 5. Perubahan yang Terjadi pada Lansia

Semakin bertambahnya umur manusia, terjadi proses penuaan secara degeneratif yang akan berdampak pada perubahan-perubahan pada diri manusia, tidak hanya perubahan fisik, tetapi juga kognitif, perasaan sosial dan seksual (Muhith, Abdul, 2017).

a. Perubahan Fisik

1) Sistem Indra

Sistem pendengaran; Prebiakusis (gangguan pada pendengaran) oleh karena itu hilangnya kemampuan (daya) pendengaran pada telinga dalam, terutama terhadap bunyi suara atau nada-nada yang tinggi, suara yang tidak jelas, sulit dimengerti kata-kata, 50 % terjadi pada usia diatas 60 tahun.

2) Sistem Integumen

Pada lansia kulit mengalami atropi, kendur, tidak elastitas kering dan berkerut. Kulit akan kekurangan cairan sehingga menjadi tipis dan bercak. Kekeringan kulit disebabkan atropi glandula sebacea dan glandula sudoritera, timbul pigmen berwarna coklat pada kulit dikenal dengan liver spot.

### 3) Sistem Muskuloskeletal

Perubahan sistem muskuloskeletal pada lansia yaitu terdapat di jaringan penghubung (kolagen dan elastin), kartilago, tulang otot dan sendi. Kolagen sebagai pendukung utama kulit, tendon, tulang, kartilago dan jaringan peningkat mengalami perubahan menjadi bentangan yang tidak teratur. Kartilago, jaringan kartilago pada persendian menjadi lunak dan mengalami granulasi, sehingga permukaan sendi menjadi rata. Kemampuan kartilago untuk regenerasi berkurang dan degenerasi yang terjadi cenderung kearah progresif, konsekuensinya kartilago pada persendiaan menjadi rentan terhadap gesekan. Tulang, berkurangnya kepadatan tulang setelah diamati adalah bagian dari penuan fisiologi, sehingga akan mengakibatkan osteoporosis dan lebih lanjut akan mengakibatkan nyeri deformitas dan fraktur. Otot, perubahan struktur otot pada penuaan sangat bervariasi, penurunan jumlah dan ukuran serat otot, peningkatan jaringan penghubung dan jaringan lemak pada otot mengakibatkan efek negatif. Sendi, pada lansia, jaringan ikat sekitar sendi seperti tendon, ligament dan fasia mengalami penuaan elastisitas.

### 4) Sistem Kardiovaskular

Perubahan pada sistem kardiovaskular pada lansia adalah massa jantung bertambah, ventrikel kiri mengalami hipertropi sehingga peregangan jantung berkurang, kondisi ini terjadi karena perubahan

jaringan ikat. Perubahan ini disebabkan oleh penumpukan lipofusin. Klasifikasi SA Node dan jaringan konduksi berubah menjadi jaringan ikat.

#### 5) Sistem Respirasi

Pada proses penuaan terjadi perubahan jaringan ikat paru, kapasitas total paru tetap, tetapi volume cadangan paru bertambah untuk mengkompensasi kenaikan ruang, paru, udara yang mengalir ke paru berkurang. Perubahan pada otot, kartilago dan sendi torak mengakibatkan gerakan pernapasan terganggu dan kemampuan peregangan tiraks berkurang.

#### 6) Pencernaan dan metabolisme

Perubahan yang terjadi pada sistem pencernaan, seperti penurunan produksi sebagai kemunduran fungsi yang nyata karena kehilangan gigi, indra pengecap menurun, rasa lapar menurun (kepekaan rasa lapar menurun), liver (hati) maka mengecil dan menurunnya tempat penyimpanan dan berkurangnya aliran darah.

#### 7) Sistem Perkemihan

Pada sistem perkemihan terjadi perubahan yang signifikan. Banyak fungsi yang mengalami kemunduran, contohnya laju filtrasi, ekskresi, dan reabsorpsi oleh ginjal.

#### 8) Sistem Persarafan

Susunan saraf mengalami perubahan anatomi dan atropi yang progresif pada serabut saraf lansia. Lansia mengalami penurunan koordinasi dan kemampuan dalam melakukan aktivitas sehari-hari.

#### 9) Sistem Reproduksi

Perubahan sistem reproduksi lansia ditandai dengan menciutnya ovarium dan uterus. Terjadi atropi payudara. Pada laki-laki testis masih dapat memproduksi spermatozoa, meskipun adanya penurunan secara berangsur-angsur.

#### b. Perubahan Kognitif

- 1) *Memory* (Daya ingat, ingatan)
- 2) *IQ (Intelligent Quotient)*
- 3) Kemampuan belajar (*Learning*)
- 4) Kemampuan pemahaman (*Comprehension*)
- 5) Pemecahan masalah (*Problem Solving*)
- 6) Pengambilan keputusan (*Decision Making*)
- 7) Kebijaksanaan (*Wisdom*)
- 8) Kinerja (*Performance*)
- 9) Motivasi

#### c. Perubahan Mental

Faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan mental:

- 1) Pertama-tama perubahan fisik, khususnya organ perasa
- 2) Kesehatan umum

- 3) Tingkat pendidikan
- 4) Keturuan (Hereditas)
- 5) Lingkungan
- 6) Gangguan syaraf panca indera, timbul kebutaan dan kematian
- 7) Gangguan konsep diri akibat kehilangan jabatan
- 8) Rangkaian dari kehilangan yaitu, kehilangan hubungan dengan teman dan family
- 9) Hilangnya kekuatan dan ketegapan fisik, perubahan terhadap gambaran diri, perubahan konsep diri

### **C. Konsep Asuhan Keperawatan Gerontik**

#### **1. Pengkajian**

Pengumpulan data melalui data biologis, psikologi, sosial dan spiritual.

##### **a. Identitas**

Nama klien perlu diketahui untuk mengidentifikasi kebenaran nama dalam melakukan asuhan keperawatan secara komprehensif. Alamat perlu dilengkapi secara jelas untuk bisa di hubungi. Umur perlu diketahui untuk mengetahui berapa umur pasien sekarang sehingga tidak salah dalam pemberian dosis obat, melakukan tindakan keperawatan dan melayani terapi guna mempercepat proses penyembuhan pasien di pelayanan kesehatan. Pekerjaan pasien perlu dikaji untuk mengetahui kondisi ekonomi dalam proses administrasi pasien selama dirawat difasilitas kesehatan. Tanggal masuk perlu diketahui berapa lama klien tinggal di panti. Alasan masuk panti karena suami meninggal.

b. Riwayat Pekerjaan

Status pekerjaan saat ini, Pekerjaan sebelumnya, Sumber pendapatan dan kecukupan terhadap kebutuhan.

c. Riwayat Lingkungan Tempat Tinggal

Tipe tempat tinggal, kebersihan ruangan, penerangan, sirkulasi udara, keadaan kamar mandi dan WC, pembuangan air kotor, sumber air minum, pembuangan sampah, sumber pencemaran, privacy, resiko injury.

d. Sumber/ system pendukung yang digunakan:

- 1) Dokter rumah sakit
- 2) Kontrol kesehatan di rumah sakit
- 3) Klinik
- 4) Pelayanan kesehatan di rumah

g. Riwayat kesehatan saat ini.

- 1) Penyakit yang diderita satu tahun terakhir.
- 2) Penyakit yang diderita saat ini.
- 3) Keluhan yang dialami satu tahun terakhir.
- 4) Keluhan saat ini.
- 5) Pengetahuan atau pemahaman dan penatalaksanaan kesehatan misalnya diet khusus atau mengganti balutan.
- 6) Penggunaan obat.
- 7) Nama obat.
- 8) Dosis obat.

- 9) Bagaimana atau kapan menggunakan.
  - 10) Dokter yang menginstruksikan.
  - 11) Tanggal resep.
- h. Riwayat Alergi (catat agen dan reaksi spesifik): obatobatan, makanan, kontak substansi dan factor lingkungan.
  - i. Riwayat peningkatan/penurunan berat badan. Indeks Masa Tubuh, Pola konsumsi makanan (misal frekuensi, sendiri/dengan orang lain).
  - j. Pola istirahat tidur, lama tidur, gangguan tidur yang sering dialami.
  - k. Riwayat kesehatan masa lalu: penyakit kanak-kanak, penyakit serius kronik, trauma, pembedahan, dan riwayat obstetric.
  - l. Pemeriksaan Fisik

Dalam tinjauan sitem ini penulis melakukan pemeriksaan fisik dari kepala sampai kaki menggunakan metode auto dan allo anamnesa serta Inpeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi (IPPA) yang di awali dengan penilaian tingkat kesadaran dengan nilai normal 15 yang terdiri dari membukan mata dengan spontan nilainya 4, mampu berbicara secara verbal dengan nilai 5 dan klien mampu menunjukkan tempat yang sakit dengan nilai 6 dan di ikuti dengan pengukuran TTV: Tekanan darah, Nadi, Suhu, RR.

#### 1) Kepala

Untuk daerah kepala, mata, hidung, telinga dan heler penulis melakukan pemeriksaan dengan metode Inspeksi dan Palpasi saja; saat Inspeksi terlihat bentuk kepala, warna rambut, terdapat lesi,

ketombe pada rambut dan kebersihan kepala; pada mata bentuk mata, kesimetrisan mata kiri dan kanan, konjungtiva; bentuk telinga kiri dan kanan, kelainan pada telinga. kelainan hidung, adanya mimisan, kotor atau bersih; adanya kelainan pada leher, adanya lesi, edema, kemerahan dan palpasi apakah ada pembesaran kelenjar tiroid, dan JVP; sedangkan saat dilakukan palpasi untuk mengetahui apakah terdapat nodul; apakah terjadi edema atau pembengkakan pada mata, apakah ada nyeri tekan dan adanya kotoran di daerah telinga; di daerah sinus hidung apakah terjadi nyeri tekan; dan pengukuran vena jugulari pada leher.

## 2) Dada

Untuk dada dilakukan dengan cara Inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi (IPPA), pemeriksaan dada juga termasuk pada pemeriksaan sistem pernapasan, sistem kardiovaskuler, dan payudara.

## 3) Abdomen

Inspeksi bentuk abdomen apakah terjadi kelainan, adanya lesi. Sedangkan palpasi dilakukan dengan palpasi ringan atau palpasi dalam tergantung tujuan untuk mengetahui bentuk, ukuran, dan konsistensi organ-organ dan strukturstruktur dalam perut, palpasi ringan dilakukan untuk mengetahui area-area nyeri tekan dan adanya massa, palpasi dalam dilakukan untuk mengetahui keadaan hepar, lien, ginjal, dan kandung kemih. Lakukan perkusi di empat kuadran dan perhatikan suara yang timbul pada saat melakukannya dan

bedakan batas-batas dari organ dibawah kulit. Dengarkan bising usus apakah normal, hiperaktif, hipoaktif, tidak ada bising usus dan perhatikan frekwensi/karakternya; Bila bising usus tidak mudah terdengar, lanjutkan pemeriksaan dengan sistematis dan dengarkan tiap kuadran abdomen. Juga pemeriksaan sistem perkemihan, sistem genitalia, dan sistem endokrin

#### 4) Ekstremitas

Inspeksi bentuk ekstremitas apakah ada kelainan bentuk, adanya lesi, edema, dan kemerahan. Palpasi apakah ada nodul dan nyeri tekan pada daerah ekstremitas atas dan bawah.

#### m. Pengkajian Psikososial dan Spiritual

##### 1) Psikosial

Jelaskan kemampuan sosialisasi klien pada saat sekarang, sikap klien pada orang lain, harapan-harapan klien dalam melakukan sosialisasi, kepuasan klien dalam sosialisasi, dll.

##### 2) Identifikasi Masalah Emosional

#### PERTANYAAN TAHAP 1

- a) Apakah klien mengalami sukar tidur?
- b) Apakah klien sering merasa gelisah?
- c) Apakah klien sering murung atau menangis sendiri?
- d) Apakah klien sering merasa was-was atau kuatir?



Lanjutkan ke pertanyaan Tahap 2 jika lebih dari atau sama dengan  
1 jawaban “YA”

#### PERTANYAAN TAHAP 2

- a) Keluhan lebih dari 3 bulan atau lebih dari 1 kali dalam 1 bulan?
- b) Ada masalah atau banyak pikiran?
- c) Ada gangguan/masalah dengan keluarga lain?
- d) Menggunakan obat tidur/penenang atas anjuran dokter?
- e) Apakah cenderung mengurung diri?



Bila lebih dari 1 atau sama dengan 1 jawabannya “YA”

MAKA EMOSIONAL POSITIF (+)

### 3) Spiritual

Kaji agama, kegiatan keagamaan, konsep/keyakinan klien tentang kematian, harapan-harapan klien, dll.

### KATZ Indeks

Tabel II- 1 Format KATZ Indeks

No	Aktivitas	Mandiri	Tergantung
1	<p><b>Mandi</b></p> <p><b>Mandiri :</b> Bantuan hanya pada satu bagian mandi (seperti punggung atau ekstermitas yang tidak mampu) atau mandi sendiri sepenuhnya</p> <p><b>Tergantung :</b> Bantuan mandi lebih dari satu bagian tubuh, bantuan masuk dan keluar dari bak mandi, serta tidak mandi sendiri</p>		

2	<p><b>Berpakaian</b>  <b>Mandiri :</b>  Mengambil baju dari lemari, memakai pakaian, melepaskan pakaian, mengancingi/mengikat pakaian  <b>Tergantung :</b>  Tidak dapat memakai baju sendiri atau sebagian</p>
3	<p><b>Ke kamar kecil</b>  <b>Mandiri :</b>  Masuk dan keluar dari kamar kecil kemudian membersihkan genitalia sendiri  <b>Tergantung :</b>  Menerima bantuan untuk masuk ke kamar kecil dan menggunakan pispot</p>
4	<p><b>Berpindah</b>  <b>Mandiri :</b>  Berpindah ke dan dari tempat tidur untuk duduk, bangkit dari kursi sendiri  <b>Bergantung :</b>  Bantuan dalam naik atau turun dari tempat tidur atau kursi, tidak melakukan satu, atau lebih perpindahan</p>
5	<p><b>Kontinen</b>  <b>Mandiri</b>  BAB dan BAK seluruhnya terkontrol sendiri  <b>Bergantung</b>  Inkontinensia parsial atau total; penggunaan kateter, pispot, pembalut/pempers</p> <p><b>Makan</b>  <b>Mandiri</b>  Mengambil makanan dari piring dan menyuapinya sendiri  <b>Bergantung :</b>  Bantuan dalam hal mengambil makanan dari piring dan menyuapinya, tidak makan sama sekali, dan makan melalui parenteral (NGT)</p>

**Petunjuk :**

**Beri tanda (√) pada poin yang sesuai dengan kondisi klien**

**Analisis Hasil :**

- 1) Mandiri dalam makan, kontinensia (BAK dan BAB), menggunakan pakaian, pergi ke toilet, berpindah, dan mandi.
- 2) Mandiri semuanya kecuali salah satu saja dari fungsi di atas
- 3) Mandiri, kecuali mandi dan satu lagi fungsi yang lain

- 4) Mandiri, kecuali mandi, berpakaian, dan satu fungsi yang lain
- 5) Mandiri, kecuali mandi, berpakaian, ke toilet, dan satu fungsi yang lain
- 6) Mandiri, kecuali mandi, berpakaian, ke toilet, berpindah, dan satu fungsi yang lain.
- 7) Ketergantungan untuk semua fungsi di atas
- 8) Lain-lain (minimal ada 2 ketergantungan yang tidak sesuai dengan kategori di atas)

Keterangan :

Mandiri berarti pengawasan, pengarahan atau bantuan aktif dari orang lain. Seseorang yang menolak untuk melakukan suatu fungsi dianggap tidak melakukan fungsi, meskipun ia anggap mampu.

n. Modifikasi dari Barthel Indeks

Termasuk yang manakah klien?

Tabel II- 2 Format Modifikasi dari Barthel Indeks

No	Kriteria	Dengan Bantuan	Mandiri	Keterangan
1	Makan	5	10	Frekuensi: Jumlah: Jenis:
2	Minum	5	10	Frekuensi: Jumlah: Jenis:
3	Berpindah dari kursi roda ke tempat tidur dan sebaliknya	5-10	15	
4	Personal toilet (cuci muka, menyisir rambut, gosok gigi)	0	5	Frekuensi:
5	Keluar masuk toilet (membuka pakaian, menyeka tubuh, menyiram)	5	10	
6	Mandi	5	15	Frekuensi:
7	Jalan di permukaan datar	0	5	
8	Naik turun tangga	5	10	
9	Mengenakan pakaian	5	10	

10	Kontrol bowel (BAB)	5	10	Frekuensi: Konsistensi:
11	Kontrok bladder (BAK)	5	10	Frekuensi: Konsistensi:
12	Olahraga/latihan	5	10	Frekuensi: Jenis:
13	Rekreasi/pemanfaatan waktu luang	5	10	Frekuensi: Jenis:

Keterangan :

- 1) 130 : Mandiri
- 2) 60-125 : Ketergantungan sebagian
- 3) 55 : Ketergantungan total

o. Pengkajian Status Mental Gerontik

- 1) Identifikasi tingkat kerusakan intelektual dengan *Short Portable Mental Status Questioner* (SPSMQ)

Instruksi: Ajukan pertanyaan 1-10 pada daftar ini dan catat semua jawaban.

Catat jumlah kesalahan total berdasarkan 10 pertanyaan dan masukkan dalam interpretasi.

Tabel II- 3 Format SPSMQ

BENAR	SALAH	NO	PERTANYAAN
		01	Tanggal berapa hari ini?
		02	Hari apa sekarang?
		03	Apa nama tempat ini?
		04	Dimana alamat anda?
		05	Berapa umur anda?
		06	Kapan anda lahir? (minimal tahun lahir)
		07	Siapa Presiden Indonesia sekarang?
		08	Siapa Presiden Indonesia sebelumnya?
		09	Siapa nama Ibu Anda?
		10	Kurangi 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setiap angka baru, semua secara menurun.

Interpretasi hasil :

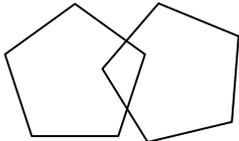
- 1) Salah 0 -2 : Fungsi intelektual utuh
- 2) Salah 3 -4 : Kerusakan intelektual ringan
- 3) Salah 5 – 7 : Kerusakan intelektual sedang
- 4) Salah  $\geq$  8 : Kerusakan intelektual berat

**Identifikasi Aspek Kognitif dan Fungsi Mental dengan menggunakan MMSE (*Mini Mental Status Exam*)**

- Orientasi
- Registrasi
- Perhatian
- Kalkulasi
- Mengingat kembali
- Bahas

Tabel II- 4 Format MMSE

No	Aspek Kognitif	Nilai Maks	Nilai Klien	Kriteria
1	Orientasi	5		Menyebutkan dengan benar : <input type="checkbox"/> Tahun <input type="checkbox"/> Musim <input type="checkbox"/> Tanggal <input type="checkbox"/> Hari <input type="checkbox"/> Bulan
	Orientasi	5		Dimana kita sekarang berada? <input type="checkbox"/> Negara Indonesia <input type="checkbox"/> Propinsi Jawa Barat <input type="checkbox"/> Kota..... <input type="checkbox"/> PSTW..... <input type="checkbox"/> Wisma.....
2	Registrasi	3		Sebutkan nama 3 obyek (oleh pemeriksa) 1 detik untuk mengatakan masing-masing obyek. Kemudian tanyakan kepada klien ketiga obyek tadi. (Untuk disebutkan) <input type="checkbox"/> Obyek..... <input type="checkbox"/> Obyek.....

			<input type="checkbox"/> Obyek.....
3	Perhatian dan kalkulasi	5	Minta klien mengeja 5 kata dari belakang, misal "BAPAK" <ul style="list-style-type: none"> <li>• K</li> <li>• A</li> <li>• P</li> <li>• A</li> <li>• B</li> </ul>
4	Mengingat	3	Minta klien untuk mengulangi ketiga obyek pada No.2 (registrasi) tadi. Bila benar, 1 poin untuk masing-masing obyek. <ul style="list-style-type: none"> <li>• .....</li> <li>• .....</li> <li>• .....</li> </ul>
5	Bahasa	9	Tunjukkan pada klien suatu benda dan tanyakan namanya pada klien. <input type="checkbox"/> (misal jam tangan) <input type="checkbox"/> (missal pensil)  Minta klien untuk mengulang kata berikut : "Tak ada jika, dan, atau, tetapi." Bila benar, nilai satu poin. <input type="checkbox"/> Pernyataan benar 2 buah (contoh : tak ada, tetapi)  Minta klien untuk mengikuti perintah berikut yang terdiri dari 3 langkah : Ambil kertas di tangan anda, lipat dua, dan taruh di lantai." <input type="checkbox"/> Ambil kertas di tangan anda <input type="checkbox"/> Lipat dua <input type="checkbox"/> Taruh di lantai  Perintahkan pada klien untuk hal Berikut (bila aktivitas sesuai perintah nilai 1 point) <input type="checkbox"/> "Tutup mata Anda"  Perintahkan pada klien untuk menulis satu kalimat dan menyalin gambar. <input type="checkbox"/> Tulis satu kalimat <input type="checkbox"/> Menyalin gambar  
<b>Total Nilai</b>		<b>30</b>	

Interpretasi hasil:

26-30 : Aspek kognitif dan fungsi mental baik

21-25 : Aspek kognitif dari fungsi mental ringan

11-20 : Kerusakan aspek fungsi mental sedang

0-10 : Terdapat kerusakan aspek fungsi mental berat

p. Pengkajian Keseimbangan

1) Pengkajian keseimbangan dinilai dari dua komponen utama dalam bergerak, dari kedua komponen tersebut dibagi dalam beberapa gerakan yang perlu di observasi oleh perawat. Kedua komponen tersebut adalah:

a) Perubahan posisi atau gerakan keseimbangan

Beri nilai 0 jika klien tidak menunjukkan kondisi di bawah ini, dan 1 bila menunjukkan kondisi berikut ini

- Bangun dari tempat duduk (dimasukkan dalam analisis) dengan mata terbuka

Tidak bangun dari tempat tidur dengan sekali gerakan, akan tetapi lansia mendorong tubuhnya ke atas dengan tangan atau bergerak ke bagian depan kursi terlebih dahulu, tidak stabil pada saat berdiri pertama kali

- Duduk ke kursi (dimasukkan ke dalam analisis) dengan mata terbuka

Menjatuhkan diri ke kursi, tidak duduk di tengah kursi

- Bangun dari tempat duduk (dimasukkan ke dalam analisis) dengan mata tertutup

Tidak bangun dari tempat duduk dengan sekali gerakan, akan tetapi lansia mendorong tubuhnya ke atas dengan tangan

atau bergerak ke bagian depan kursi terlebih dahulu, tidak stabil pada saat berdiri pertama kali

- Duduk ke kursi (dimasukkan ke dalam analisis) dengan mata tertutup

Menjatuhkan diri ke kursi, tidak duduk ke tengah kursi

Keterangan : Kursi harus yang keras tanpa lengan

- Menahan dorongan pada sternum (Pemeriksa mendorong sternum sebanyak 3 kali dengan hati-hati) dengan mata terbuka

Klien menggerakkan kaki, memegang objek untuk dukungan, kaki tidak menyentuh sisi-sisinya.

- Menahan dorongan pada sternum (pemeriksa mendorong sternum sebanyak 3 kali dengan hati-hati) dengan mata tertutup

Klien menggerakkan kaki, memegang objek untuk dukungan, kaki tidak menyentuh sisi-sisinya.

- Perputaran leher (klien sambil berdiri)

Menggerakkan kaki, menggenggam objek untuk dukungan kaki; keluhan vertigo, pusing, atau keadaan tidak stabil

- Gerakan menggapai sesuatu

Tidak mampu untuk menggapai sesuatu dengan bahu fleksi sepenuhnya sementara berdiri pada ujung-ujung jari kaki, tidak stabil memegang sesuatu untuk dukungan

- Membungkuk

Tidak mampu membungkuk untuk mengambil objek-objek kecil (misalnya pulpen) dari lantai, memegang objek untuk bias berdiri lagi, dan memerlukan usaha-usaha yang keras untuk bangun

b) Komponen gaya berjalan atau pergerakan

Beri nilai 0 jika klien tidak menunjukkan kondisi di bawah ini, atau beri nilai 1 jika klien menunjukkan salah satu dari kondisi di bawah ini :

- Minta klien untuk berjalan ke tempat yang ditentukan  
Ragu-ragu, tersandung, memegang objek untuk pegangan
- Ketinggian langkah kaki (mengangkat kaki saat melangkah)  
Kaki tidak naik dari lantai secara konsisten (menggeser atau menyeret kaki), mengangkat kaki terlalu tinggi (> 5 cm)
- Kontinuitas langkah kaki (lebih baik di observasi dari samping klien)

Setelah langkah-langkah awal menjadi tidak konsisten, memulai mengangkat satu kaki sementara kaki yang lain menyentuh lantai

- Kesimetrisan langkah (lebih baik di observasi dari samping klien)

Langkah tidak simetris, terutama pada bagian yang sakit

- Penyimpangan jalur pada saat berjalan (lebih baik di observasi dari samping kiri klien)

Tidak berjalan dalam garis lurus, bergelombang dari sisi ke sisi

- Berbalik

Berhenti sebelum mulai berbalik, jalan sempoyongan, bergoyang, memegang objek untuk dukungan.

### **Interpretasi hasil :**

Jumlahkan semua nilai yang diperoleh klien, kemudian diinterpretasikan sebagai berikut :

0 – 5 resiko jatuh rendah

6 – 10 resiko jatuh sedang

11 – 15 resiko jatuh tinggi

### **The timed up and go (tug) Test**

Tabel II- 5 Format TUG Test

<b>No</b>	<b>Langkah</b>
1	Posisi klien duduk di kursi
2	Minta klien berdiri dari kursi, berjalan 10 langkah (3 meter), kembali ke kursi, ukur waktu dalam detik

Interpretasi :

≤ 10 detik : Resiko jatuh rendah

11-19 detik : Resiko jatuh sedang

20-29 detik : Resiko jatuh tinggi

≥ 30 detik : Gangguan mobilitas dan resiko jatuh tinggi

## q. Penilaian Potensi Dekubitus (Skor NORTON)

Nama Penderita :

Kondisi Fisik Umum :

- |                 |   |
|-----------------|---|
| 1) Baik         | 4 |
| 2) Lumayan      | 3 |
| 3) Buruk        | 2 |
| 4) Sangat buruk | 1 |

Kesadaran :

- |                 |   |
|-----------------|---|
| 1) Komposmentis | 4 |
| 2) Apatis       | 3 |
| 3) Sopor        | 2 |
| 4) Koma         | 1 |

Aktifitas :

- |                            |   |
|----------------------------|---|
| 1) Ambulasi                | 4 |
| 2) Ambulasi dengan bantuan | 3 |
| 3) Hanya bisa duduk        | 2 |
| 4) Tiduran                 | 1 |

Inkontinen :

- |                              |   |
|------------------------------|---|
| 1) Tidak                     | 4 |
| 2) Kadang-kadang             | 3 |
| 3) Sering Inkontinesia urin  | 2 |
| 4) Inkontinensia alvi & urin | 1 |

Interpretasi :

15-20 : Kecil sekali/ tak terjadi

12-15 : Kemungkinan kecil terjadi

< 12 : Kemungkinan Besar terjadi

r. APGAR Keluarga

Tabel II- 6 Format APGAR Keluarga

No	Item Penilaian	Selalu (2)	Kadang-kadang (1)	Tidak pernah (0)
1	A : Adaptasi Saya puas bahwa saya dapat kembali pada keluarga karena mereka akan membantu saya pada waktu saya membutuhkan pertolongan			
2	P : Partnership Saya puas dengan cara keluarga membicarakan sesuatu dengan saya dan mengungkapkan masalah saya			
3	G : Growth Saya puas dengan keluarga menerima dan mendukung keinginan saya dalam melakukan aktifitas			
4	A : Afek Saya puas dengan cara keluarga merespon saat saya emosi, seperti marah, sedih ataupun jatuh cinta			
5	R : Resolve Saya puas dengan cara keluarga menyediakan waktu bersama-sama untuk menyelesaikan masalah			
<b>Jumlah</b>				

Interpretasi :

Nilai : 0-3 : Disfungsi keluarga sangat tinggi

Nilai : 4-6 : Disfungsi keluarga sedang

## s. Geriatric Depression Scale (GDS)

Tabel II- 7 Format Geriatric Depression Scale

No	Pertanyaan	Ya	Tidak
1	Apakah anda sebenarnya puas dengan kehidupan anda		
2	Apakah anda telah meninggalkan banyak kegiatan dan minat/kesenangan anda		
3	Apakah anda merasa kehidupan anda kosong		
4	Apakah anda sering merasa bosan		
5	Apakah anda mempunyai semangat yang baik setiap saat		
6	Apakah anda merasa takut sesuatu yang buruk akan terjadi pada anda		
7	Apakah anda merasa bahagia untuk sebagian besar hidup anda		
8	Apakah anda merasa sering tidak berdaya		
9	Apakah anda lebih sering dirumah dari pada pergi keluar dan mengerjakan sesuatu hal yang baru		
10	Apakah anda merasa mempunyai banyak masalah dengan daya ingat anda dibandingkan kebanyakan orang		
11	Apakah anda pikir bahwa kehidupan anda saat ini menyenangkan		
12	Apakah anda merasa tidak berharga seperti perasaan anda saat ini		
13	Apakah anda merasa penuh semangat		
14	Apakah anda merasa bahwa keadaan anda tidak ada harapan		
15	Apakah anda pikir bahwa orang lain, lebih baik keadaanya dari pada anda		

Interpretasi :

Skor 0-5 = normal

Skor  $\geq 6$  = depresi

## 2. Analisa Data

Melihat data subjektif dan objektif bisa memilih permasalahan yang dihadapi klien dengan menggunakan pohon masalah mampu diketahui penyebab, affeck berdasarkan kasus tersebut. Dari output analisa data inilah bisa menegakkan diagnosa keperawatan.

## 3. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang di alaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Diagnosa keperawatan pada kasus asam urat diagnosa yang muncul menurut SDKI dalam penelitian (Ningrum *et al.*, 2021) yaitu:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisiologis (D.0077)
- b. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri (D.0055)
- c. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.0111)
- d. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kekakuan sendi (D.0054)
- e. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan penurunan mobilitas (D.0129)

#### **4. Intervensi Keperawatan**

Setelah pengumpulan data pasien, mengorganisasi data dan menetapkan diagnosis keperawatan maka tahap berikutnya adalah perencanaan. Pada tahap ini perawat membuat rencana perawatan dan menentukan pendekatan apa yang digunakan untuk memecahkan masalah klien. Ada tiga fase dalam tahap perencanaan yaitu menentukan prioritas, menentukan tujuan dan merencanakan tindakan keperawatan

#### **5. Implementasi Keperawatan**

Implementasi keperawatan adalah pelaksanaan dari perencanaan keperawatan yang telah dibuat untuk mencapai hasil yang efektif dalam pelaksanaan implementasi keperawatan, penguasaan dan keterampilan serta pengetahuan harus dimiliki oleh setiap perawat sehingga pelayanan yang diberikan baik mutunya. Dengan demikian rencana yang telah ditentukan tercapai

#### **6. Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi adalah penilaian hasil dan proses. Penilaian hasil menentukan seberapa jauh keberhasilan yang dicapai sebagai keluaran dari tindakan. Penilaian proses menentukan apakah ada kekeliruan dari setiap tahapan proses mulai dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, tindakan dan evaluasi itu sendiri.

## **BAB III**

### **LAPORAN KASUS**

#### **A. Asuhan Keperawatan pada Ny. Y dengan Asam Urat**

##### **1. Pengkajian**

###### **a. Identitas**

- 1) Nama : Ny. Y
- 2) Tempat/tanggal Lahir : Kediri, 1 Juni 1959
- 3) Jenis Kelamin : Perempuan
- 4) Status Perkawinan : Menikah
- 5) Agama : Islam
- 6) Suku : Jawa
- 7) Wilayah : Pengasinan, RW 09
- 8) Tanggal pengkajian : 7 Februari 2024

###### **b. Riwayat pekerjaan dan status ekonomi**

- 1) Pekerjaan saat ini : Ibu Rumah Tangga
- 2) Pekerjaan sebelumnya : Karyawan Swasta
- 3) Sumber pendapatan : Anak
- 4) Kecukupan pendapatan : Berkecukupan

###### **c. Lingkungan tempat tinggal**

Kebersihan dan kerapihan ruangan rumah bersih dan rapi, penerangan cukup terpapar sinar matahari, sirkulasi udara tersedia dan bersih, keadaan kamar mandi dan WC cukup bersih lantai tidak

licin dan tidak berbau, pembuangan air kotor lancar tidak tersumbat, sumber air minum klien beli air mineral, pembuangan sampah pada tempat sampah tertutup, resiko injury kecil karena rumah klien tidak banyak tangga.

d. Riwayat kesehatan

1) Keluhan Utama saat ini

Klien mengatakan lutut kirinya nyeri, seperti kram menusuk. Klien mengatakan nyeri karena asam urat, klien mengatakan timbulnya nyeri mendadak ketika klien salah makan atau makan sembarangan. Klien mengatakan 2 hari lalu baru makan seafood yang dibawakan anaknya. Klien mengatakan hanya mengetahui 1 jenis makanan yang tidak boleh dikonsumsi yaitu jeroan.

Klien tampak meringis ketika jongkok, serta tampak ada pembengkakan di area lutut kirinya. Setelah dilakukan pemeriksaan asam urat, kadar asam urat klien 8.2 mg/dl, dan skala nyeri klien 5. Klien bertanya seputar asam urat dan cara mengontrolnya.

2) Status kesehatan saat ini keluhan dalam 1 tahun terakhir :

a) Gejala yang dirasakan : Klien mengatakan sendi lututnya sering kesemutan

b) Faktor pencetus : Klien mengatakan sakit terasa jika telah makan sembarangan seperti jeroan dan berlemak-lemak

- c) Timbulnya keluhan : () Mendadak (  ) Bertahap
- d) Upaya mengatasi : Klien mengatakan saat terasa nyeri ia langsung meminum obat nyeri yang telah diresepkan dokter.
- e) Pergi ke RS/Klinik pengobatan/dokter praktik/bidan/perawat:  
Klien mengatakan jika klien sakit selalu pergi ke rumah sakit, tetapi pemeriksaan rutin klien mengikuti di Posbindu setiap bulan.
- f) Mengonsumsi obat-obatan sendiri/obat tradisional (pilih salah satu) :  
Klien mengatakan tidak pernah mengonsumsi obat herbal dan semacamnya.

3) Riwayat kesehatan masa lalu

- a) Penyakit yang pernah diderita:  
Klien memiliki riwayat penyakit asam urat sejak 1 tahun yang lalu dengan pemeriksaan terakhir senilai 7 mg/dl saat sebulan yang lalu di Posbindu.
- b) Riwayat alergi (obat, makanan, binatang, debu, dll):  
Klien mengatakan tidak memiliki alergi baik itu makanan, obat-obatan, maupun cuaca.
- c) Riwayat kecelakaan:  
Klien mengatakan tidak pernah mengalami kecelakaan.

d) Riwayat pernah dirawat di RS:

Klien mengatakan tidak pernah di rawat di rumah sakit.

e) Riwayat pemakaian obat:

Klien mengatakan sedang mengkonsumsi obat dari dokter yaitu Vitamin Caviplex, Kalk, dan Diklofenak jika nyeri muncul.

e. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum : Baik, kesadaran komposmetis

2) TTV : TD: 125/80 mmHg, N: 70 x/menit,  
Rr: 19 x/menit

3) BB/TB : 74 kg / 149 cm

4) Kepala

**Subjektif** : Klien mengatakan tidak ada keluhan

**Objektif** :

Inspeksi : Bentuk kepala mesosepal tidak ada luka atau kelainan apapun

Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan, tidak ada deformitas dan benjolan.

a) Rambut

**Subjektif** : Klien mengatakan rambutnya sudah banyak uban.

**Objektif** : Rambut klien tampak beruban separuhnya.

b) Mata

**Subjektif** : Klien mengatakan fungsi penglihatannya sudah mulai menurun

**Objektif :**

Inspeksi : Konjungtiva tidak anemis, sclera tidak ikterik, pupil isokor, fungsi penglihatan menurun, klien tidak pakai kacamata

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak teraba pembengkakan

## c) Telinga

**Subjektif** : Klien mengatakan pendengaran sudah mulai menurun

**Objektif :**

Inspeksi : Telinga simetris tidak ada kelainan

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan dan tidak ada benjolan dibelakang telinga.

## d) Mulut dan Tenggorokan

**Subjektif** : Klien mengatakan tidak ada kelainan

**Objektif :**

Inspeksi : Mukosa lembab, gigi tidak utuh (ompong bagian kanan atas), tidak terdapat peradangan

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak teraba pembengkakan

## 5) Payudara

**Subjektif** : Klien mengatakan tidak ada keluhan

**Objektif :**

Inspeksi : Tidak ada benjolan dan tidak ada kelainan

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak teraba pembengkakan

## 6) Sistem Pernapasan

**Subjektif** : Klien mengatakan mudah lelah saat aktivitas, tapi tidak sesak

**Objektif** :

Inspeksi : Pergerakan dada simetris, tidak ada jejas, tidak ada retraksi dada.

Palpasi : Tidak ada peningkatan atau pengurangan taktil fremitus, tidak ada krepitasi tulang dada

Perkusi : Suara perkusi dada sonor

Auskultasi : Suara paru vesikuler

## 7) Sistem Kardiovaskuler

**Subjektif** : Klien mengatakan tidak ada keluhan jantung

**Objektif** :

Inseksi : Kedua belah dada simetris, tidak ada pembengkakan

Palpasi : Denyut apeks teraba kencang, tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran organ

Perkusi : Bunyi pekak

Auskultasi : Intensitas bunyi jantung I dan II meningkat, bunyi reguler

## 8) Sistem Gastrointestinal

**Subjektif** : Klien mengatakan tidak ada keluhan pencernaan

**Objektif** :

Inspeksi : Bentuk sedikit berlemak

Palpasi : Tidak terdapat massa pada bagian abdomen dan tidak ada nyeri tekan, abdomen tidak supel

Perkusi : Suara perkusi abdomen timpani

9) Sistem Perkemihan

**Subjektif** : Klien mengatakan BAK 4-5 x/hari dengan volume yang sedikit, tidak ada nyeri saat berkemih

**Objektif** :

Inspeksi : Warna urin kuning jernih, tidak terdapat distensi kandung kemih, tidak ada perdarahan pada ekstremitas

Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan, tidak ada pembesaran pada abdomen bawah, dan oedema pada ekstremitas

10) Sistem Genitoreproduksi

**Subjektif** : Klien mengatakan tidak ada keluhan terkait

**Objektif** : Tidak dilakukan pemeriksaan

11) Sistem Muskuloskeletal

**Subjektif** : Klien mengatakan kekuatan otot mulai berkurang dan terkadang nyeri lutut kiri jika asam urat kambuh.

**Objektif** :

Inspeksi : Sendi mata kaki klien terlihat sedikit bengkak

4444	4444
4444	3333

Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan

## 12) Sistem Saraf Pusat

**Subjektif** : Klien mengatakan tidak ada keluhan

**Objektif** :

Inspeksi : Tingkat kesadaran composmetis, pupil isokor, koordinasi gerak baik

Perkusi : Refleks sendi dan tendon baik

## 13) Sistem Endokrin

**Subjektif** : Klien mengatakan tidak ada keluhan terkait

**Objektif** :

Inpeksi : Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan tidak ada pembesaran liver

Perkusi : Refleks sendi dan tendon baik

## f. Pengkajian psikososial dan spiritual

## 1) Psikosial

Klien mudah bergaul dengan para tetangga lainnya saat berada di lingkungan rumah, klien tampak ramah.

## 2) Identifikasi Masalah Emosional

## PERTANYAAN TAHAP 1

e) Apakah klien mengalami sukar tidur? TIDAK

f) Apakah klien sering merasa gelisah? TIDAK

g) Apakah klien sering murung atau menangis sendiri? TIDAK

h) Apakah klien sering merasa was-was atau kuatir? TIDAK



Lanjutkan ke pertanyaan Tahap 2 jika lebih dari atau sama  
dengan 1 jawaban “YA”

#### PERTANYAAN TAHAP 2

- f) Keluhan lebih dari 3 bulan atau lebih dari 1 kali dalam 1 bulan? TIDAK
- g) Ada masalah atau banyak pikiran? TIDAK
- h) Ada gangguan/masalah dengan keluarga lain? TIDAK
- i) Menggunakan obat tidur/penenang atas anjuran dokter? TIDAK
- j) Apakah cenderung mengurung diri? TIDAK



Bila lebih dari 1 atau sama dengan 1 jawabannya “YA”

#### MAKA EMOSIONAL POSITIF (+)

**Interpretasi** : Maka dapat ditarik kesimpulan bahwa Ny. Y Emosional Negatif

#### 3) Spiritual

Ny. Y beragama islam, klien kadang mengikuti pengajian yang diaadakan di lingkungan mesjid dekat rumahnya.

#### KATZ Indeks

Tabel III- 1 KATZ Indeks

No	Aktivitas	Mandiri	Tergantung
1	Mandi Mandiri :	√	

	Bantuan hanya pada satu bagian mandi (seperti punggung atau ekstermitas yang tidak mampu) atau mandi sendiri sepenuhnya <b>Tergantung :</b> Bantuan mandi lebih dari satu bagian tubuh, bantuan masuk dan keluar dari bak mandi, serta tidak mandi sendiri	
2	<b>Berpakaian</b> <b>Mandiri :</b> Mengambil baju dari lemari, memakai pakaian, melepaskan pakaian, mengancingi/mengikat pakaian <b>Tergantung :</b> Tidak dapat memakai baju sendiri atau sebagian	√
3	<b>Ke kamar kecil</b> <b>Mandiri :</b> Masuk dan keluar dari kamar kecil kemudian membersihkan genitalia sendiri <b>Tergantung :</b> Menerima bantuan untuk masuk ke kamar kecil dan menggunakan pispot	√
4	<b>Berpindah</b> <b>Mandiri :</b> Berpindah ke dan dari tempat tidur untuk duduk, bangkit dari kursi sendiri <b>Bergantung :</b> Bantuan dalam naik atau turun dari tempat tidur atau kursi, tidak melakukan satu, atau lebih perpindahan	√
5	<b>Kontinen</b> <b>Mandiri</b> BAB dan BAK seluruhnya terkontrol sendiri <b>Bergantung</b> Inkontinensia parsial atau total; penggunaan kateter, pispot, pembalut/pempers	√
	<b>Makan</b> <b>Mandiri</b> Mengambil makanan dari piring dan menyuapinya sendiri <b>Bergantung :</b> Bantuan dalam hal mengambil makanan dari piring dan menyuapinya, tidak makan sama sekali, dan makan melalui parenteral (NGT)	√

**Petunjuk : Beri tanda (√) pada poin yang sesuai dengan kondisi klien**

**Analisis Hasil :** Mandiri dalam makan, berpakaian, kontinensia (BAK dan BAB), pergi ke toilet berpindah dan mandi.

## g. Modifikasi dari Barthel Indeks

Termasuk yang manakah klien?

Tabel III- 2 Modifikasi

No	Kriteria	Dengan Bantuan	Mandiri	Keterangan
1	Makan	5	10	Frekuensi: 2-3 x/hr Jumlah: 1 porsi Jenis: Nasi & lauk
2	Minum	5	10	Frekuensi: 6-8 gelas Jumlah: 1 gelas Jenis: air putih
3	Berpindah dari kursi roda ke tempat tidur dan sebaliknya	5-10	15	
4	Personal toilet (cuci muka, menyisir rambut, gosok gigi)	0	5	Frekuensi: 5-6 x/hari
5	Keluar masuk toilet (membuka pakaian, menyeka tubuh, menyiram)	5	10	
6	Mandi	5	15	Frekuensi: 2-3 x/hari
7	Jalan di permukaan datar	0	5	
8	Naik turun tangga	5	10	
9	Mengenakan pakaian	5	10	
10	Kontrol bowel (BAB)	5	10	Frekuensi: 1 x/hr Konsistensi: lembek
11	Kontrok bladder (BAK)	5	10	Frekuensi: 4-5 x/hr Konsistensi: jernih
12	Olahraga/latihan	5	10	Frekuensi: 1 x/mng Jenis: jalan santai
13	Rekreasi/pemanfaatan waktu luang	5	10	Frekuensi: 1 x/mng Jenis: rumah cucu

Keterangan :

- 1) **130** : **Mandiri**
- 2) 60-125 : Ketergantungan sebagian
- 3) 55 : Ketergantungan total

## h. Pengkajian Status Mental Gerontik

- 1) Identifikasi tingkat kerusakan intelektual dengan *Short Portable Mental Status Questioner* (SPSMQ)

Instruksi : Ajukan pertanyaan 1-10 pada daftar ini dan catat semua jawaban.

Catat jumlah kesalahan total berdasarkan 10 pertanyaan dan masukkan dalam interpretasi.

Tabel III- 3 Status SPSMQ

BENAR	SALAH	NO	PERTANYAAN
√		01	Tanggal berapa hari ini?
√		02	Hari apa sekarang?
√		03	Apa nama tempat ini?
√		04	Dimana alamat anda?
√		05	Berapa umur anda?
√		06	Kapan anda lahir? (minimal tahun lahir)
√		07	Siapa Presiden Indonesia sekarang?
√		08	Siapa Presiden Indonesia sebelumnya?
√		09	Siapa nama Ibu Anda?
√		10	Kurangi 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setiap angka baru, semua secara menurun.

Interpretasi hasil :

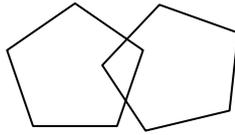
- 1) **Salah 0 -2 : Fungsi intelektual utuh**
  - 2) Salah 3 -4 : Kerusakan intelektual ringan
  - 3) Salah 5 – 7 : Kerusakan intelektual sedang
  - 4) Salah  $\geq$  8 : Kerusakan intelektual berat
- i. Identifikasi aspek kognitif dan fungsi mental dengan menggunakan MMSE (*Mini Mental Status Exam*)
- Orientasi
  - Registrasi
  - Perhatian
  - Kalkulasi
  - Mengingat kembali

- Bahas

Tabel III- 4 MMSE

No	Aspek Kognitif	Nilai Maks	Nilai Klien	Kriteria
1	Orientasi	5	5	Menyebutkan dengan benar : <input type="checkbox"/> Tahun <input type="checkbox"/> Musim <input type="checkbox"/> Tanggal <input type="checkbox"/> Hari <input checked="" type="checkbox"/> Bulan
	Orientasi	5	5	Dimana kita sekarang berada? <input type="checkbox"/> Negara Indonesia <input type="checkbox"/> Propinsi Jawa Barat <input type="checkbox"/> Kota (Bekasi) <input type="checkbox"/> Kelurahan (Pengasinan) <input checked="" type="checkbox"/> RW (009)
2	Registrasi	3	3	Sebutkan nama 3 obyek (oleh pemeriksa) 1 detik untuk mengatakan masing-masing obyek. Kemudian tanyakan kepada klien ketiga obyek tadi. (Untuk disebutkan) <input checked="" type="checkbox"/> Obyek (Vas bunga) <input type="checkbox"/> Obyek (Gelas) <input type="checkbox"/> Obyek (Kursi)
3	Perhatian dan kalkulasi	5	5	Minta klien mengeja 5 kata dari belakang, misal "BAPAK" <ul style="list-style-type: none"> <li>• K <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>• A <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>• P <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>• A <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>• B <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
4	Mengingat	3	3	Minta klien untuk mengulangi ketiga obyek pada No.2 (registrasi) tadi. Bila benar, 1 poin untuk masing-masing obyek. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vas bunga <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>• Gelas <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>• Kursi <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
5	Bahasa	9	9	Tunjukkan pada klien suatu benda dan tanyakan namanya pada klien. <input type="checkbox"/> Pensil <input type="checkbox"/> Tas  Minta klien untuk mengulang kata berikut : "Tak ada jika, dan, atau, tetapi." Bila benar, nilai satu poin. <input type="checkbox"/> Pernyataan benar 2 buah (atau, tetapi)  Minta klien untuk mengikuti perintah berikut yang terdiri dari 3 langkah : Ambil kertas di tangan anda, lipat dua, dan taruh di lantai."

---

<input type="checkbox"/> Ambil kertas di tangan anda <input checked="" type="checkbox"/> Lipat dua <input checked="" type="checkbox"/> Taruh di lantai	<p>Perintahkan pada klien untuk hal Berikut (bila aktivitas sesuai perintah nilai 1 point)</p> <input type="checkbox"/> “Tutup mata Anda”
	<p>Perintahkan pada klien untuk menulis satu kalimat dan menyalin gambar.</p> <input type="checkbox"/> Tulis satu kalimat (Hari ini cerah) <input type="checkbox"/> Menyalin gambar
	
<hr/>	
<b>Total Nilai</b>	<b>30      30</b>

---

Interpretasi hasil :

- 26-30** : **Aspek kognitif dan fungsi mental baik**
- 21-25 : Aspek kognitif dari fungsi mental ringan
- 11-20 : Kerusakan aspek fungsi mental sedang
- 0-10 : Terdapat kerusakan aspek fungsi mental berat

j. Pengkajian Keseimbangan

- 1) Pengkajian keseimbangan dinilai dari dari dua komponen utama dalam bergerak, dari kedua komponen tersebut dibagi dalam beberapa gerakan yang perlu di observasi oleh perawat. Kedua komponen tersebut adalah :

c) Perubahan posisi atau gerakan keseimbangan

Beri nilai 0 jika klien tidak menunjukkan kondisi di bawah ini, dan 1 bila menunjukkan kondisi berikut ini

- Bangun dari tempat duduk (dimasukkan dalam analisis) dengan mata terbuka (1)

Tidak bangun dari tempat tidur dengan sekali gerakan, akan tetapi lansia mendorong tubuhnya ke atas dengan tangan atau bergerak ke bagian depan kursi terlebih dahulu, tidak stabil pada saat berdiri pertama kali

- Duduk ke kursi (dimasukkan ke dalam analisis) dengan mata terbuka (0)

Menjatuhkan diri ke kursi, tidak duduk di tengah kursi

- Bangun dari tempat duduk (dimasukkan ke dalam analisis) dengan mata tertutup (1)

Tidak bangun dari tempat duduk dengan sekali gerakan, akan tetapi lansia mendorong tubuhnya ke atas dengan tangan atau bergerak ke bagian depan kursi terlebih dahulu, tidak stabil pada saat berdiri pertama kali

- Duduk ke kursi (dimasukkan ke dalam analisis) dengan mata tertutup (0)

Menjatuhkan diri ke kursi, tidak duduk ke tengah kursi

Keterangan : Kursi harus yang keras tanpa lengan

- Menahan dorongan pada sternum (Pemeriksa mendorong sternum sebanyak 3 kali dengan hati-hati) dengan mata terbuka (1)

Klien menggerakkan kaki, memegang objek untuk dukungan, kaki tidak menyentuh sisi-sisinya.

- Menahan dorongan pada sternum (pemeriksa mendorong sternum sebanyak 3 kali dengan hati-hati) dengan mata tertutup (1)

Klien menggerakkan kaki, memegang objek untuk dukungan, kaki tidak menyentuh sisi-sisinya.

- Perputaran leher (klien sambil berdiri)

Menggerakkan kaki, menggenggam objek untuk dukungan kaki; keluhan vertigo, pusing, atau keadaan tidak stabil (0)

- Gerakan menggapai sesuatu (0)

Tidak mampu untuk menggapai sesuatu dengan bahu fleksi sepenuhnya sementara berdiri pada ujung-ujung jari kaki, tidak stabil memegang sesuatu untuk dukungan

- Membungkuk (1)

Tidak mampu membungkuk untuk mengambil objek-objek kecil (misalnya pulpen) dari lantai, memegang objek untuk bias berdiri lagi, dan memerlukan usaha-usaha yang keras untuk bangun

d) Komponen gaya berjalan atau pergerakan

Beri nilai 0 jika klien tidak menunjukkan kondisi di bawah ini, atau beri nilai 1 jika klien menunjukkan salah satu dari kondisi di bawah ini :

- Minta klien untuk berjalan ke tempat yang ditentukan (0)  
Ragu-ragu, tersandung, memegang objek untuk pegangan
- Ketinggian langkah kaki (mengangkat kaki saat melangkah) (0)  
Kaki tidak naik dari lantai secara konsisten (menggeser atau menyeret kaki), mengangkat kaki terlalu tinggi ( $> 5$  cm)
- Kontinuitas langkah kaki (lebih baik di observasi dari samping klien) (0)  
Setelah langkah-langkah awal menjadi tidak konsisten, memulai mengangkat satu kaki sementara kaki yang lain menyentuh lantai
- Kesimetrisan langkah (lebih baik di observasi dari samping klien) (0)  
Langkah tidak simetris, terutama pada bagian yang sakit
- Penyimpangan jalur pada saat berjalan (lebih baik di observasi dari samping kiri klien) (0)  
Tidak berjalan dalam garis lurus, bergelombang dari sisi ke sisi
- Berbalik (1)  
Berhenti sebelum mulai berbalik, jalan sempoyongan, bergoyang, memegang objek untuk dukungan.

Interpretasi hasil :

Jumlahkan semua nilai yang diperoleh klien, kemudian diinterpretasikan sebagai berikut :

0 – 5 resiko jatuh rendah

**6 – 10 resiko jatuh sedang**

11 – 15 resiko jatuh tinggi

### The timed up and go (tug) Test

Tabel III- 5 TUG Test

No	Langkah
1	Posisi klien duduk di kursi
2	Minta klien berdiri dari kursi, berjalan 10 langkah (3 meter), kembali ke kursi, ukur waktu dalam detik

Interpretasi :

≤ 10 detik : Resiko jatuh rendah

**11-19 detik : Resiko jatuh sedang**

20-29 detik : Resiko jatuh tinggi

≥ 30 detik : Gangguan mobilitas dan resiko jatuh tinggi

#### k. Penilaian potensi dekubitus (Skor NORTON)

Nama Penderita : Ny. Y

Kondisi Fisik Umum :

- |                 |          |
|-----------------|----------|
| 1) <b>Baik</b>  | <b>4</b> |
| 2) Lumayan      | 3        |
| 3) Buruk        | 2        |
| 4) Sangat buruk | 1        |

Kesadaran :

- |                        |          |
|------------------------|----------|
| 1) <b>Komposmentis</b> | <b>4</b> |
| 2) Apatis              | 3        |
| 3) Sopor               | 2        |
| 4) Koma                | 1        |

Aktifitas :

- |                            |          |
|----------------------------|----------|
| 1) <b>Ambulasi</b>         | <b>4</b> |
| 2) Ambulasi dengan bantuan | 3        |
| 3) Hanya bisa duduk        | 2        |
| 4) Tiduran                 | 1        |

Inkontinen :

- |                              |          |
|------------------------------|----------|
| 1) <b>Tidak</b>              | <b>4</b> |
| 2) Kadang-kadang             | 3        |
| 3) Sering Inkontinesia urin  | 2        |
| 4) Inkontinensia alvi & urin | 1        |

Interpretasi :

**15-20 : Kecil sekali/ tak terjadi**

12-15 : Kemungkinan kecil terjadi

< 12 : Kemungkinan Besar terjadi

#### 1. APGAR Keluarga

Tabel III- 6 APGAR Keluarga

No	Item Penilaian	Selalu (2)	Kadang-kadang (1)	Tidak pernah (0)
1	A : Adaptasi Saya puas bahwa saya dapat kembali pada keluarga karena	√		

	mereka akan membantu saya pada waktu saya membutuhkan pertolongan		
	P : Partnership		
2	Saya puas dengan cara keluarga membicarakan sesuatu dengan saya dan mengungkapkan masalah saya	√	
	G : Growth		
3	Saya puas dengan keluarga menerima dan mendukung keinginan saya dalam melakukan aktifitas	√	
	A : Afek		
4	Saya puas dengan cara keluarga merespon saat saya emosi, seperti marah, sedih ataupun jatuh cinta		√
	R : Resolve		
5	Saya puas dengan cara keluarga menyediakan waktu bersama-sama untuk menyelesaikan masalah		√
	<b>Jumlah</b>		

Interpretasi :

Nilai 0-3 : Disfungsi keluarga sangat tinggi

Nilai 4-6 : Disfungsi keluarga sedang

**Nilai 7-10 : Tidak ada disfungsi keluarga**

m. Geriatric Depression Scale (GDS)

Tabel III- 7 GDS

No	Pertanyaan	Ya	Tidak
1	Apakah anda sebenarnya puas dengan kehidupan anda	√	
2	Apakah anda telah meninggalkan banyak kegiatan dan minat/kesenangan anda	√	
3	Apakah anda merasa kehidupan anda kosong		√
4	Apakah anda sering merasa bosan		√
5	Apakah anda mempunyai semangat yang baik setiap saat	√	
6	Apakah anda merasa takut sesuatu yang buruk akan terjadi pada anda		√
7	Apakah anda merasa bahagia untuk sebagian besar hidup anda	√	
8	Apakah anda merasa sering tidak berdaya		√
9	Apakah anda lebih sering dirumah dari pada pergi keluar dan mengerjakan sesuatu hal yang baru	√	
10	Apakah anda merasa mempunyai banyak masalah dengan daya ingat anda dibandingkan kebanyakan orang	√	

11	Apakah anda pikir bahwa kehidupan anda saat ini menyenangkan	√
12	Apakah anda merasa tidak berharga seperti perasaan anda saat ini	√
13	Apakah anda merasa penuh semangat	√
14	Apakah anda merasa bahwa keadaan anda tidak ada harapan	√
15	Apakah anda pikir bahwa orang lain, lebih baik keadaanya dari pada anda	√

Interpretasi :

**Skor 0-5 = normal**

Skor  $\geq 6$  = depresi

## ANALISA DATA

Tabel III- 8 Analisa Data

No	Data Fokus	Masalah Keperawatan	Etiologi
1.	DS: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan sendi lututnya sering kesemutan dan nyeri</li> <li>• Klien mengatakan lutut kirinya nyeri karena asam urat semenjak 1 tahun lalu</li> <li>• P = Nyeri karena asam urat</li> <li>• Q = Seperti kram menusuk</li> <li>• R = Lutut kiri</li> <li>• S = Skala nyeri 5</li> <li>• T = Timbul mendadak saat salah makan/makan sembarangan</li> </ul> DO: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak meringis ketika jongkok</li> <li>• Kadar asam urat 8.2 mg/dl</li> <li>• Terlihat adanya pembengkakan disekitar lutut kiri klien</li> </ul>	Nyeri Kronis (D.0078)	Agen cedera fisiologis
2.	DS: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan nyeri terasa jika telah mengkonsumsi makanan sembarangan, seperti jeroan dan yang berlemak-lemak.</li> <li>• Klien mengatakan hanya mengetahui 1 jenis makanan yang tidak boleh dikonsumsi yaitu jeroan.</li> </ul> DO: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien menunjukkan perilaku tidak sesuai dengan anjuran</li> <li>• Klien menanyakan cara mengontrol kadar asam urat.</li> </ul>	Defisit Pengetahuan (D.0111)	Kurang terpapar informasi
3.	DS: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan kekuatan ototnya menurun</li> <li>• Klien mengatakan fungsi penglihatannya sudah mulai menurun</li> <li>• Klien mengatakan pendengarannya sudah mulai menurun</li> <li>• Klien mengatakan mudah lelah saat aktivitas berlebih</li> </ul> DO: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hasil pengkajian keseimbangan menunjukkan resiko jatuh klien sedang</li> <li>• Hasil pengkajian TUG test menunjukkan resiko jatuh klien tinggi</li> <li>• Hasil pemeriksaan tonus otot 4444 4444 4444 3333</li> </ul>	Resiko Jatuh (D.0143)	Usia > 60 tahun

## 2. Diagnosa Keperawatan

Tabel III- 9 Diagnosa Keperawatan

No.	Diagnosa	Kode
1.	Nyeri Kronis berhubungan dengan Agen pencedera fisiologis	D.0078
2.	Defisit Pengetahuan berhubungan dengan Kurang terpapar informasi	D.0111
3.	Resiko Jatuh ditandai dengan Usia >60 tahun	D.0143

## 3. Intervensi Keperawatan

Tabel III- 10 Intervensi Keperawatan

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteia Hasil	Intervensi
1.	Nyeri Kronis b.d Agen pencedera fisiologis	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 5 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: (L.08066) 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun	1. Kaji nyeri secara komprehensif meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas/beratnya nyeri 2. Berikan posisi yang nyaman dan relaksasi nafas dalam jika merasa nyeri 3. Berikan terapi komplementer : kompres hangat untuk mengurangi nyeri 4. Cek dan pantau kadar asam urat 5. Monitor Tanda-tanda Vital
	Defisit Pengetahuan b.d Kurang terpapar informasi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1 x 5 jam diharapkan tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil: (L.12111) 1. Perilaku sesuai anjuran meningkat 2. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat 3. Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun	1. Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan klien tentang proses penyakit yang spesifik 2. Berikan penyuluhan kesehatan 3. Sediakan informasi pada klien tentang kondisi, dengan cara yang tepat
	Resiko Jatuh d.d Usia >60 tahun	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 5 jam diharapkan tingkat jatuh menurun dengan kriteria hasil: (L.14138)	1. Identifikasi faktor risiko jatuh 2. Tempatkan pasien dekat dengan pantauan perawat

1. Jatuh saat berdiri	3. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah
2. Jatuh saat berjalan	4. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin

#### 4. Implementasi Keperawatan

Hari pertama

Tabel III- 11 Implementasi Hari pertama

No.	Diagnosa Keperawatan	Tanggal/jam	Implemetasi Keperawatn	Respon	Paraf
1.	Nyeri Kronis b.d Agen pencedera fisiologis	8/2/2024 09.00	1. Mengkaji nyeri secara komprehensif meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas/beratnya nyeri	S: Klien mengatakan nyeri karena asam urat, nyeri yang dirasakan seperti ditusuk-tusuk pada lutut kiri, nyeri hilang timbul. O : Skala nyeri 5 Lutut kiri klien tampak bengkak	
		10.00	2. Memberikan posisi yang nyaman dan relaksasi nafas dalam jika merasa nyeri	S: Klien mengatakan nyaman dengan posisi duduk di kursi O: Klien tampak lebih nyaman duduk di kursi daripada di bawah	
		11.00	3. Memberikan terapi komplementer : kompres hangat untuk mengurangi nyeri	S: Klien mengatakan biasanya pakai minyak hangat, tetapi tidak menolak saat ditawarkan menggunakan air hangat O: Klien diberi kompres hangat di lutut kiri	
		10.00	4. Mengecek dan memantau kadar asam urat	S: Klien mengatakan kaget tahu kadar asam uratnya meningkat dari sebelumnya O: Kadar asam urat 8.6 mg/dl	

		10.00	5. Memonitor Tanda-tanda Vital	S: Klien mengatakan tidak memiliki riwayat hipertensi O: TD: 140/80 mmHg N: 83 Rr: 20 x/m	
2.	Defisit Pengetahuan b.d Kurang terpapar informasi	13.00	1. Memberikan penilaian tentang tingkat pengetahuan klien tentang proses penyakit yang spesifik	S: Klien mengatakan sebelumnya pernah mendengar mengenai asam urat hanya saja sudah lupa O: Klien tampak antusias mendengarkan	
		13.00	2. Memberikan penyuluhan kesehatan mengenai penyakit asam urat menggunakan media leaflet (terlampir)	S: Klien bertanya mengenai makanan yang disukainya apakah boleh dikonsumsi atau tidak O: Klien bertanya beberapa kali	
		13.00	3. Menyediakan informasi pada klien tentang kondisi, dengan cara yang tepat	S: Klien mengatakan kemarin baru makan sayur kacang panjang Klien mengatakan akan berusaha mengontrol asam urat dengan menjaga makanannya O: Klien mengehela nafas dalam saat tahu bahwa makanan yang kemarin ia makan berakibat pada meningkatnya asam urat klien.	
3.	Resiko Jatuh d.d Usia >60 tahun	09.00	1. Mengidentifikasi faktor risiko jatuh	S: Klien mengatakan umurnya sudah 64 tahun, kekuatan ototnya menurun O: Hasil pengkajian resiko jatuh klien sedang-tinggi	
		09.00	2. Menempatkan pasien dekat dengan pantauan perawat/keluarga	S: Klien mengatakan akan mengikuti kegiatan di ruangan yang dekat dengan perawat	

			O: Klien masih dalam pantauan perawat
09.00	3. Mengajukan memanggil perawat/keluarga jika membutuhkan bantuan untuk berpindah		S: Klien mengatakan akan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan O: Klien terlihat kooperatif
14.00	4. Mengajukan menggunakan alas kaki yang tidak licin dan dibantu kolaborasi dengan keluarga untuk pemantauan sehari-hari		S: Klien mengatakan alas kaki yang biasa ia pakai sedang kotor, jadi tidak menggunakan alas kaki tetapi akan dibersihkan terlebih dahulu O: Klien menunjukkan alas kaki yang kotor

## Hari kedua

Tabel III- 12 Implementasi Hari Kedua

No.	Diagnosa Keperawatan	Tanggal/jam	Implementasi Keperawatan	Respon	Paraf
1.	Nyeri Kronis b.d Agen pencedera fisiologis	9/2/2024 08.00	1. Mengkaji nyeri secara komprehensif	S: Klien mengatakan nyeri lututnya sudah berkurang O : Skala nyeri 3 Lutut kiri klien tampak bengkak	
		09.00	2. Memberikan posisi yang nyaman dan relaksasi nafas dalam jika merasa nyeri	S: Klien mengatakan nyaman dengan posisi duduk di kursi O: Saat perawat datang klien sudah duduk dikursi	
		10.00	3. Memberikan terapi komplementer : kompres hangat untuk mengurangi nyeri	S: Klien mengatakan merasa nyaman saat sedang dikompres O: Klien sudah menyiapkan alat	

				dan bahan untuk mengompres
		09.00	4. Mengecek dan memantau kadar asam urat	S: Klien mengatakan sudah meminum obat (Kolton 100 mg tablet) kemarin setelah tahu kadar asam uratnya naik O: Kadar asam urat 7.6 mg/dl
		09.00	5. Memonitor Tanda-tanda Vital	S: Klien mengatakan tidak ada keluhan lain O: TD: 120/70 mmHg N: 68 Rr: 20 x/m
2.	Resiko Jatuh d.d Usia >60 tahun	08.00	1. Menempatkan pasien dekat dengan pantauan perawat/keluarga	S: Klien mengatakan akan mengikuti kegiatan di ruangan yang dekat dengan perawat O: Klien masih dalam pantauan perawat
		08.00	2. Menganjurkan memanggil perawat/keluarga jika membutuhkan bantuan untuk berpindah	S: Klien mengatakan akan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan O: Klien terlihat kooperatif
		08.00	3. Menganjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin dan dibantu kolaborasi dengan keluarga untuk pemantauan sehari-hari	S: Klien mengatakan alas kakinya sudah bersih untuk dipakai didalam ruangan O: Klien terlihat memakai sandal jepit

Hari ketiga

Tabel III- 13 Implementasi

No.	Diagnosa Keperawatan	Tanggal/jam	Implementasi Keperawatn	Respon	Paraf
1.	Nyeri Kronis b.d Agen pencedera fisiologis	10/2/2024 13.00	1. Mengkaji nyeri secara komprehensif	S: Klien mengatakan nyeri lututnya sudah berkurang O : Skala nyeri 2 Lutut kiri klien tampak bengkak	
		14.00	2. Memberikan posisi yang nyaman dan relaksasi nafas dalam jika merasa nyeri	S: Klien mengatakan nyaman dengan posisi duduk di kursi O: Saat perawat datang klien sudah duduk dikursi	
		15.00	3. Memberikan terapi komplementer : kompres hangat untuk mengurangi nyeri	S: Klien mengatakan merasa nyaman saat sedang dikompres dan akan melakukannya sendiri jika kedepannya lututnya nyeri lagi O: Klien sudah menyiapkan alat dan bahan untuk mengompres	
		14.00	4. Mengecek dan memantau kadar asam urat	S: Klien mengatakan sudah meminum obat (Kolton 100 mg tablet) kemarin setelah tahu kadar asam uratnya naik dan makan makanan yang dianjurkan sebelumnya O: Kadar asam urat 6.8 mg/dl	
		14.00	5. Memonitor Tanda-tanda Vital	S: Klien mengatakan tidak ada keluhan lain	

				O: TD: 130/60 mmHg N: 82 Rr: 20 x/m
2.	Resiko Jatuh d.d Usia >60 tahun	13.00	1. Menempatkan pasien dekat dengan pantauan perawat/keluarga	S: Klien mengatakan akan mengikuti kegiatan di ruangan yang dekat dengan perawat O: Klien masih dalam pantauan perawat
		13.00	2. Mengajukan memanggil perawat/keluarga jika membutuhkan bantuan untuk berpindah	S: Klien mengatakan akan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan O: Klien terlihat kooperatif
		13.00	3. Mengajukan menggunakan alas kaki yang tidak licin dan dibantu kolaborasi dengan keluarga untuk pemantauan sehari- hari	S: Klien mengatakan sekarang selalu memakai alas kaki O: Klien terlihat memakai sandal jepit

## 5. Evaluasi Keperawatan

Hari pertama

Tabel III- 14 Evaluasi Hari Pertama

No.	Diagnosa Keperawatan	Tanggal	Respon	Paraf
1.	Nyeri Kronis b.d Agen pencedera fisiologis	8/2/2024	Subjektif : <ul style="list-style-type: none"> <li>Klien mengatakan nyeri karena asam urat, nyeri yang dirasakan seperti ditusuk-tusuk pada lutut kiri, nyeri hilang timbul.</li> <li>Klien mengatakan nyaman dengan posisi duduk di kursi</li> <li>Klien mengatakan biasanya pakai minyak hangat, tetapi tidak menolak saat ditawarkan menggunakan air hangat</li> <li>Klien mengatakan kaget tahu kadar asam uratnya meningkat dari sebelumnya</li> <li>Klien mengatakan tidak memiliki riwayat hipertensi</li> </ul>	

---

			<p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Skala nyeri 5</li> <li>• Lutut kiri klien tampak bengkak</li> <li>• Klien tampak lebih nyaman duduk di kursi daripada di bawah</li> <li>• Klien diberi kompres hangat di lutut kiri</li> <li>• Kadar asam urat 8.6 mg/dl</li> <li>• TD: 140/80 mmHg N: 83 Rr: 20 x/m</li> </ul> <p>Assement :</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>Planning :</p> <p>Intervensi dilanjutkan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menginformasikan kepada keluarga bahwa implementasi untuk menangani nyeri akan dilanjutkan pada pertemuan selanjutnya karena nyeri pada klien belum teratasi</li> </ul>
2.	Defisit Pengetahuan b.d Kurang	8/2/2024	<p>Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan sebelumnya pernah mendengar mengenai asam urat hanya saja sudah lupa</li> <li>• Klien bertanya mengenai makanan yang disukainya apakah boleh dikonsumsi atau tidak</li> <li>• Klien mengatakan kemarin baru makan sayur kacang panjang</li> <li>• Klien mengatakan akan berusaha mengontrol asam urat dengan menjaga makanannya</li> </ul> <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak antusias mendengarkan</li> <li>• Klien bertanya beberapa kali</li> <li>• Klien dapat menjawab pertanyaan mengenai topik penkes</li> </ul> <p>Assement :</p> <p>Masalah teratasi</p> <p>Planning :</p> <p>Intervensi dihentikan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menginformasikan kepada keluarga dan klien bahwa implementasi dalam menambah pengetahuan/pemahaman mengenai penyakit asam urat dirasa sudah cukup karena klien sudah mengerti sebagian dari apa yang telah disampaikan</li> </ul>
3.	Resiko Jatuh d.d Usia >60 tahun	8/2/2024	<p>Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan umurnya sudah 64 tahun, kekuatan ototnya menurun</li> </ul>

---

- Klien mengatakan akan mengikuti kegiatan di ruangan yang dekat dengan perawat
- Klien mengatakan akan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan
- Klien mengatakan alas kaki yang biasa ia pakai sedang kotor, jadi tidak menggunakan alas kaki tetapi akan dibersihkan terlebih dahulu

Objektif :

- Hasil pengkajian resiko jatuh klien sedang-tinggi
- Klien masih dalam pantauan perawat
- Klien terlihat kooperatif
- Klien menunjukan alas kaki yang kotor

Assement :

Masalah belum teratasi

Planning :

Intervensi dilanjutkan

- Menginformasikan kepada keluarga bahwa implementasi untuk menangani resiko jatuh pada klien akan dilanjutkan pada pertemuan selanjutnya karena klien masih ada beberapa poin yang belum bisa terlaksana.

## Hari kedua

Tabel III- 15 Evaluasi Hari Kedua

No.	Diagnosa Keperawatan	Tanggal	Respon	Paraf
1.	Nyeri Kronis b.d Agen pencedera fisiologis	9/2/2024	<p>Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan nyeri lututnya sudah berkurang</li> <li>• Klien mengatakan nyaman dengan posisi duduk di kursi</li> <li>• Klien mengatakan merasa nyaman saat sedang dikompres</li> <li>• Klien mengatakan sudah meminum obat (Kolton 100 mg tablet) kemarin setelah tahu kadar asam uratnya naik</li> <li>• Klien mengatakan tidak ada keluhan lain</li> </ul> <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Skala nyeri 3</li> <li>• Lutut kiri klien tampak bengkak</li> <li>• Saat perawat datang klien sudah duduk dikursi</li> </ul>	

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien sudah menyiapkan alat dan bahan untuk mengompres</li> <li>• Kadar asam urat 7.6 mg/dl</li> <li>• TD: 120/70 mmHg N: 68 Rr: 20 x/m</li> </ul> <p>Assement : Masalah belum teratasi</p> <p>Planning : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menginformasikan kepada keluarga bahwa implementasi untuk menangani nyeri akan dilanjutkan pada pertemuan selanjutnya karena nyeri pada klien belum teratasi</li> </ul>	
2.	Resiko Jatuh d.d Usia >60 tahun	9/2/2024	<p>Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan akan mengikuti kegiatan di ruangan yang dekat dengan perawat</li> <li>• Klien mengatakan akan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan</li> <li>• Klien mengatakan alas kakinya sudah bersih untuk dipakai didalam ruangan</li> </ul> <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien masih dalam pantauan perawat</li> <li>• Klien terlihat kooperatif</li> <li>• Klien terlihat memakai sandal jepit</li> </ul> <p>Assement : Masalah belum teratasi</p> <p>Planning : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menginformasikan kepada keluarga bahwa implementasi untuk menangani resiko jatuh pada klien akan dilanjutkan pada pertemuan selanjutnya karena klien masih ada beberapa poin yang belum bisa terlaksana.</li> </ul>	

Hari ketiga

Tabel III- 16 Evaluasi Hari Ketiga

No.	Diagnosa Keperawatan	Tanggal	Respon	Paraf
1.	Nyeri Kronis b.d Agen pencedera fisiologis	9/2/2024	<p>Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan nyeri lututnya sudah berkurang</li> <li>• Klien mengatakan nyaman dengan posisi duduk di kursi</li> </ul>	

- 
- Klien mengatakan merasa nyaman saat sedang dikompres dan akan melakukannya sendiri jika kedepannya lututnya nyeri lagi
  - Klien mengatakan sudah meminum obat (Kolton 100 mg tablet) kemarin setelah tahu kadar asam uratnya naik dan makan makanan yang dianjurkan sebelumnya
  - Klien mengatakan tidak ada keluhan lain

Objektif :

- Skala nyeri 2
- Lutut kiri klien tampak bengkak
- Saat perawat datang klien sudah duduk dikursi
- Klien sudah menyiapkan alat dan bahan untuk mengompres
- Kadar asam urat 6.8 mg/dl
- TD: 130/60 mmHg N: 82 Rr: 20 x/m

Assement :

Masalah teratasi

Planning :

Intervensi dihentikan

- Menginformasikan kepada keluarga bahwa implementasi untuk menangani nyeri pada lutut dirasa sudah teratasi. Perawat menganjurkan untuk keluarga melanjutkan implementasi yang sudah diberikan untuk dilanjutkan secara mandiri oleh klien dan keluarga jika suatu saat nyeri timbul kembali

---

2. Resiko Jatuh d.d Usia >60 tahun 9/2/2024

Subjektif :

- Klien mengatakan akan mengikuti kegiatan di ruangan yang dekat dengan perawat
- Klien mengatakan akan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan
- Klien mengatakan sekarang selalu memakai alas kaki

Objektif :

- Klien masih dalam pantauan perawat
- Klien terlihat kooperatif
- Klien terlihat memakai sandal jepit

Assement :

Masalah teratasi

Planning :

Intervensi dihentikan

- Menginformasikan kepada keluarga bahwa implementasi untuk menangani
-

---

resiko jatuh pada klien dirasa sudah cukup. Perawat menganjurkan untuk keluarga memantau dan melanjutkan implementasi yang sudah diberikan untuk dilanjutkan secara mandiri oleh klien dan keluarga

---

## **B. Asuhan Keperawatan pada Ny. M dengan Asam Urat disertai**

### **1. Pengkajian**

#### a. Identitas

- 1) Nama : Ny. M
- 2) Tempat/tanggal Lahir : Jakarta, 8 Oktober 1961
- 3) Jenis Kelamin : Perempuan
- 4) Status Perkawinan : Meninggal
- 5) Agama : Islam
- 6) Suku : Sunda
- 7) Wilayah : Pengasinan, RW 09
- 8) Tanggal pengkajian : 14 Februari 2024

#### b. Riwayat pekerjaan dan status ekonomi

- 1) Pekerjaan saat ini : Ibu Rumah Tangga
- 2) Pekerjaan sebelumnya : Karyawan Swasta
- 3) Sumber pendapatan : Anak
- 4) Kecukupan pendapatan : Berkecukupan

#### c. Lingkungan tempat tinggal

Kebersihan dan kerapihan ruangan rumah bersih dan rapi, penerangan cukup terpapar sinar matahari, sirkulasi udara tersedia

dan bersih, keadaan kamar mandi dan WC cukup bersih lantai tidak licin dan tidak berbau, pembuangan air kotor lancar tidak tersumbat, sumber air minum klien beli air mineral, pembuangan sampah pada tempat sampah tertutup, resiko injury kecil karena rumah klien tidak banyak tangga.

d. Riwayat kesehatan

1) Keluhan Utama Saat ini

Klien mengatakan lutut kanannya sering nyeri, klien mengatakan nyeri lututnya karena asam urat yang dialaminya sejak 5 tahun yang lalu. Klien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk. Klien mengatakan baru ditinggal suaminya meninggal 10 hari yang lalu, jadi klien merasa sedih dan sulit tidur. Klien mengatakan akhir-akhir ini hanya bisa tidur 5 sampai 6 jam saja perhari karena sering terbangun.

Klien tampak meringis saat menekuk lututnya, dan terlihat ada pembengkakan dan kemerahan di area lutut kanan klien. Klien menangis saat perawat menyinggung tentang alm. suaminya. Setelah dilakukan pemeriksaan asam urat, kadar asam urat klien 8.3 mg/dl dengan skala nyeri 5

2) Status kesehatan saat ini keluhan dalam 1 tahun terakhir :

- a) Gejala yang dirasakan : Klien mengatakan lututnya yang sebelah kanan sering sakit

- b) Faktor pencetus : Klien mengatakan sakit terasa jika telah aktivitas berlebih
  - c) Timbulnya keluhan : () Mendadak (  ) Bertahap
  - d) Upaya mengatasi : Klien mengatakan saat terasa nyeri ia langsung meminum obat asam urat yang telah diresepkan dokter.
  - e) Pergi ke RS/Klinik pengobatan/dokter praktik/bidan/perawat: Klien mengatakan jika klien sakit selalu pergi ke rumah sakit, tetapi pemeriksaan rutin klien mengikuti di Posbindu setiap bulan.
  - f) Mengonsumsi obat-obatan sendiri/obat tradisional (pilih salah satu) :  
  
Klien mengatakan tidak pernah mengonsumsi obat herbal dan semacamnya.
- 3) Riwayat kesehatan masa lalu
- a) Penyakit yang pernah diderita :  
  
Klien memiliki riwayat penyakit batu ginjal dan telah melakukan tindakan operasi 9 bulan yang lalu.
  - b) Riwayat alergi (obat,makanan,binatang,debu,dll) :  
  
Klien mengatakan tidak memiliki alergi baik itu makanan, obat-obatan, maupun cuaca.
  - c) Riwayat kecelakaan :  
  
Klien mengatakan pernah mengalami jatuh yang menyebabkan gangguan pada tulang ekor 20 tahun lalu.

d) Riwayat pernah dirawat di RS :

Klien mengatakan di rawat di rumah sakit 9 bulan yang lalu saat operasi batu ginjal.

e) Riwayat pemakaian obat :

Klien mengatakan sedang mengkonsumsi obat dari dokter yaitu Vitamin Caviplex dan Kolton jika nyeri muncul

e. Pemeriksaan fisik

- 1) Keadaan umum : Lesu, kesadaran komposmetis
- 2) TTV : TD: 130/90 mmHg, N: 64 x/menit,  
Rr: 19 x/menit
- 3) BB/TB : 55 kg / 155 cm
- 4) Kepala

**Subjektif** : Klien mengatakan tidak ada keluhan

**Objektif** :

Inspeksi : Bentuk kepala mesosepal tidak ada luka atau kelainan apapun

Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan, tidak ada deformitas dan benjolan.

a) Rambut

**Subjektif** : Klien mengatakan rambutnya sudah banyak uban.

**Objektif** : Rambut klien tampak beruban separuhnya.

b) Mata

**Subjektif** : Klien mengatakan fungsi penglihatannya sudah mulai menurun

**Objektif :**

Inspeksi : Konjungtiva tidak anemis, sclera tidak ikterik, pupil isokor, fungsi penglihatan menurun, klien tidak pakai kacamata

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak teraba pembengkakan

## c) Telinga

**Subjektif** : Klien mengatakan pendengaran sudah mulai menurun

**Objektif :**

Inspeksi : Telinga simetris tidak ada kelainan

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan dan tidak ada benjolan dibelakang telinga.

## d) Mulut dan Tenggorokan

**Subjektif** : Klien mengatakan tidak ada kelainan

**Objektif :**

Inspeksi : Mukosa lembab, gigi tidak utuh (ompong bagian kanan atas), tidak terdapat peradangan

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak teraba pembengkakan

## 5) Payudara

**Subjektif** : Klien mengatakan tidak ada keluhan

**Objektif :**

Inspeksi : Tidak ada benjolan dan tidak ada kelainan

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak teraba pembengkakan

## 6) Sistem Pernapasan

**Subjektif** : Klien mengatakan mudah lelah saat aktivitas, tapi tidak sesak

**Objektif** :

Inspeksi : Pergerakan dada simetris, tidak ada jejas, tidak ada retraksi dada.

Palpasi : Tidak ada peningkatan atau pengurangan taktil fremitus, tidak ada krepitasi tulang dada

Perkusi : Suara perkusi dada sonor

Auskultasi : Suara paru vesikuler

## 7) Sistem Kardiovaskuler

**Subjektif** : Klien mengatakan tidak ada keluhan jantung

**Objektif** :

Inseksi : Kedua belah dada simetris, tidak ada pembengkakan

Palpasi : Denyut apeks teraba kencang, tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran organ

Perkusi : Bunyi pekak

Auskultasi : Intensitas bunyi jantung I dan II meningkat, bunyi reguler

## 8) Sistem Gastrointestinal

**Subjektif** : Klien mengatakan tidak ada keluhan pencernaan

**Objektif** :

Inspeksi : Terdapat bekas luka jahitan post operasi yang sudah menyatu

Palpasi : Tidak terdapat massa pada bagian abdomen dan tidak ada nyeri tekan, abdomen tidak supel

Perkusi : Suara perkusi abdomen timpani

9) Sistem Perkemihan

**Subjektif** : Klien mengatakan BAK 5-6 x/hari dengan volume yang sedikit, kadang ada perih saat berkemih

**Objektif** :

Inspeksi : Warna urin kuning jernih, tidak terdapat distensi kandung kemih, tidak ada perdarahan pada ekstremitas

Palpasi : Terdapat nyeri tekan dibagian pada abdomen bawah, tidak ada oedema pada ekstremitas.

10) Sistem Genitoreproduksi

**Subjektif** : Klien mengatakan tidak ada keluhan terkait

**Objektif** : Tidak dilakukan pemeriksaan

11) Sistem Muskuloskeletal

**Subjektif** : Klien mengatakan kekuatan otot mulai berkurang dan terkadang nyeri lutut kiri jika asam urat kambuh.

**Objektif** :

Inspeksi : 4444		4444
3333		4444

Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan

12) Sistem Saraf Pusat

**Subjektif** : Klien mengatakan tidak ada keluhan

**Objektif :**

Inspeksi : Tingkat kesadaran composmetis, pupil isokor, koordinasi gerak baik

Perkusi : Refleks sendi (kecuali kaki kanan) dan tendon baik

## 13) Sistem Endokrin

**Subjektif :** Klien mengatakan tidak ada keluhan terkait

**Objektif :**

Inpeksi : Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan tidak ada pembesaran liver

Perkusi : Refleks sendi dan tendon baik

## f. Pengkajian psikososial dan spiritual

## 1) Psikosial

Klien mudah bergaul dengan para tetangga lainnya saat berada di lingkungan rumah, klien tampak ramah.

## 2) Identifikasi Masalah Emosional

## PERTANYAAN TAHAP 1

- a) Apakah klien mengalami sukar tidur? YA
- b) Apakah klien sering merasa gelisah? YA
- c) Apakah klien sering murung atau menangis sendiri? YA
- d) Apakah klien sering merasa was-was atau kuatir? TIDAK



Lanjutkan ke pertanyaan Tahap 2 jika lebih dari atau sama dengan 1 jawaban “YA”

## PERTANYAAN TAHAP 2

- a) Keluhan lebih dari 3 bulan atau lebih dari 1 kali dalam 1 bulan? YA
- b) Ada masalah atau banyak pikiran? YA
- c) Ada gangguan/masalah dengan keluarga lain? YA
- d) Menggunakan obat tidur/penenang atas anjuran dokter?  
TIDAK
- e) Apakah cenderung mengurung diri? TIDAK



Bila lebih dari 1 atau sama dengan 1 jawabannya “YA”

MAKA EMOSIONAL POSITIF (+)

**Interpretasi** : Maka dapat ditarik kesimpulan bahwa Ny. M Emosional positif

## 3) Spiritual

Ny. m beragama islam, klien kadang mengikuti pengajian yang diadakan di lingkungan mesjid dekat rumahnya.

**KATZ Indeks**

Tabel III- 17 KATZ Indeks

No	Aktivitas	Mandiri	Tergantung
1	<b>Mandi</b> <b>Mandiri :</b> Bantuan hanya pada satu bagian mandi (seperti punggung atau ekstermitas yang tidak mampu) atau mandi sendiri sepenuhnya <b>Tergantung :</b>	√	

	Bantuan mandi lebih dari satu bagian tubuh, bantuan masuk dan keluar dari bak mandi, serta tidak mandi sendiri	
2	<b>Berpakaian</b> <b>Mandiri :</b> Mengambil baju dari lemari, memakai pakaian, melepaskan pakaian, mengancingi/mengikat pakaian <b>Tergantung :</b> Tidak dapat memakai baju sendiri atau sebagian	√
3	<b>Ke kamar kecil</b> <b>Mandiri :</b> Masuk dan keluar dari kamar kecil kemudian membersihkan genitalia sendiri <b>Tergantung :</b> Menerima bantuan untuk masuk ke kamar kecil dan menggunakan pispot	√
4	<b>Berpindah</b> <b>Mandiri :</b> Berpindah ke dan dari tempat tidur untuk duduk, bangkit dari kursi sendiri <b>Bergantung :</b> Bantuan dalam naik atau turun dari tempat tidur atau kursi, tidak melakukan satu, atau lebih perpindahan	√
5	<b>Kontinen</b> <b>Mandiri</b> BAB dan BAK seluruhnya terkontrol sendiri <b>Bergantung</b> Inkontinensia parsial atau total; penggunaan kateter, pispot, pembalut/pempers	√
	<b>Makan</b> <b>Mandiri</b> Mengambil makanan dari piring dan menyuapinya sendiri <b>Bergantung :</b> Bantuan dalam hal mengambil makanan dari piring dan menyuapinya, tidak makan sama sekali, dan makan melalui parenteral (NGT)	√

**Petunjuk : Beri tanda (√) pada poin yang sesuai dengan kondisi klien**

**Analisis Hasil :** Mandiri dalam makan, berpakaian, kontinensia (BAK dan BAB), pergi ke toilet berpindah dan mandi.

g. Modifikasi dari Barthel Indeks

Termasuk yang manakah klien?

Tabel III- 18 Modifikasi

No	Kriteria	Dengan Bantuan	Mandiri	Keterangan
1	Makan	5	<b>10</b>	Frekuensi: 1-2 x/hari Jumlah: 1 porsi Jenis: Nasi & Lauk
2	Minum	5	<b>10</b>	Frekuensi: Fleksibel Jumlah: ± 2 Liter Jenis: Air putih
3	Berpindah dari kursi roda ke tempat tidur dan sebaliknya	5-10	<b>15</b>	
4	Personal toilet (cuci muka, menyisir rambut, gosok gigi)	0	<b>5</b>	Frekuensi: 5-6 x/hari
5	Keluar masuk toilet (membuka pakaian, menyeka tubuh, menyiram)	5	<b>10</b>	
6	Mandi	5	<b>15</b>	Frekuensi: 2 x/hari
7	Jalan di permukaan datar	0	<b>5</b>	
8	Naik turun tangga	5	<b>10</b>	
9	Mengenakan pakaian	5	<b>10</b>	
10	Kontrol bowel (BAB)	5	<b>10</b>	Frekuensi: 1 x/hari Konsistensi: Lembek
11	Kontrok bladder (BAK)	5	<b>10</b>	Frekuensi: 5-6 x/hari Konsistensi: Jernih
12	Olahraga/latihan	5	<b>10</b>	Frekuensi: 1 x/mng Jenis: Jalan santai
13	Rekreasi/pemanfaatan waktu luang	5	<b>10</b>	Frekuensi: Fleksibel Jenis: Ngasuh cucu

Keterangan :

- 1) **130** : **Mandiri**
- 2) 60-125 : Ketergantungan sebagian
- 3) 55 : Ketergantungan total

#### h. Pengkajian Status Mental Gerontik

- 1) Identifikasi tingkat kerusakan intelektual dengan *Short Portable Mental Status Questioner* (SPSMQ)

Instruksi : Ajukan pertanyaan 1-10 pada daftar ini dan catat semua jawaban.

Catat jumlah kesalahan total berdasarkan 10 pertanyaan dan masukkan dalam interpretasi.

Tabel III- 19 SPSMQ

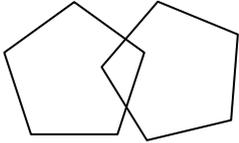
BENAR	SALAH	NO	PERTANYAAN
√		01	Tanggal berapa hari ini?
√		02	Hari apa sekarang?
√		03	Apa nama tempat ini?
√		04	Dimana alamat anda?
√		05	Berapa umur anda?
√		06	Kapan anda lahir? (minimal tahun lahir)
√		07	Siapa Presiden Indonesia sekarang?
√		08	Siapa Presiden Indonesia sebelumnya?
√		09	Siapa nama Ibu Anda?
	√	10	Kurangi 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setiap angka baru, semua secara menurun.

Interpretasi hasil :

- a) **Salah 0 -2 : Fungsi intelektual utuh**
  - b) Salah 3 -4 : Kerusakan intelektual ringan
  - c) Salah 5 – 7 : Kerusakan intelektual sedang
  - d) Salah  $\geq 8$  : Kerusakan intelektual berat
- i. Identifikasi aspek kognitif dan fungsi mental dengan menggunakan MMSE (*Mini Mental Status Exam*)
- 1) Orientasi
  - 2) Registrasi
  - 3) Perhatian
  - 4) Kalkulasi
  - 5) Mengingat kembali
  - 6) Bahas

Tabel III- 20 MMSE

No	Aspek Kognitif	Nilai Maks	Nilai Klien	Kriteria
1	Orientasi	5	5	Menyebutkan dengan benar : <input checked="" type="checkbox"/> Tahun <input checked="" type="checkbox"/> Musim <input checked="" type="checkbox"/> Tanggal <input checked="" type="checkbox"/> Hari <input checked="" type="checkbox"/> Bulan
	Orientasi	5	5	Dimana kita sekarang berada? <input checked="" type="checkbox"/> Negara Indonesia <input checked="" type="checkbox"/> Propinsi Jawa Barat <input checked="" type="checkbox"/> Kota (Bekasi) <input checked="" type="checkbox"/> Kelurahan (Pengasinan) <input checked="" type="checkbox"/> RW (009)
2	Registrasi	3	3	Sebutkan nama 3 obyek (oleh pemeriksa) 1 detik untuk mengatakan masing-masing obyek. Kemudian tanyakan kepada klien ketiga obyek tadi. (Untuk disebutkan) <input checked="" type="checkbox"/> Obyek (Vas bunga) <input checked="" type="checkbox"/> Obyek (Gelas) <input checked="" type="checkbox"/> Obyek (Kursi)
3	Perhatian dan kalkulasi	5	3	Minta klien mengeja 5 kata dari belakang, misal "BAPAK" <ul style="list-style-type: none"> <li>• K <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>• A <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>• P <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>• A <input type="checkbox"/></li> <li>• B <input type="checkbox"/></li> </ul>
4	Mengingat	3	3	Minta klien untuk mengulangi ketiga obyek pada No.2 (registrasi) tadi. Bila benar, 1 poin untuk masing-masing obyek. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vas bunga <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>• Gelas <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>• Kursi <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
5	Bahasa	9	9	Tunjukkan pada klien suatu benda dan tanyakan namanya pada klien. <input checked="" type="checkbox"/> Pensil <input checked="" type="checkbox"/> Tas  Minta klien untuk mengulang kata berikut : "Tak ada jika, dan, atau, tetapi." Bila benar, nilai satu poin. <input checked="" type="checkbox"/> Pernyataan benar 2 buah (Tak ada, dan)  Minta klien untuk mengikuti perintah berikut yang terdiri dari 3 langkah : Ambil kertas di tangan anda, lipat dua, dan taruh di lantai." <input checked="" type="checkbox"/> Ambil kertas di tangan anda <input checked="" type="checkbox"/> Lipat dua <input checked="" type="checkbox"/> Taruh di lantai

	Perintahkan pada klien untuk hal Berikut (bila aktivitas sesuai perintah nilai 1 point) <input type="checkbox"/> “Tutup mata Anda”
	Perintahkan pada klien untuk menulis satu kalimat dan menyalin gambar. <input type="checkbox"/> Tulis satu kalimat (Bersyukur dan Doa) <input type="checkbox"/> Menyalin gambar
	
<b>Total Nilai</b>	<b>30      27</b>

Interpretasi hasil :

**26-30            : Aspek kognitif dan fungsi mental baik**

21-25            : Aspek kognitif dari fungsi mental ringan

11-20            : Kerusakan aspek fungsi mental sedang

0-10             : Terdapat kerusakan aspek fungsi mental berat

j. Pengkajian Keseimbangan

1) Pengkajian keseimbangan dinilai dari dari dua komponen utama dalam bergerak, dari kedua komponen tersebut dibagi dalam beberapa gerakan yang perlu di observasi oleh perawat. Kedua komponen tersebut adalah :

a) Perubahan posisi atau gerakan keseimbangan

Beri nilai 0 jika klien tidak menunjukkan kondisi di bawah ini, dan 1 bila menunjukkan kondisi berikut ini

- Bangun dari tempat duduk (dimasukkan dalam analisis) dengan mata terbuka (1)

Tidak bangun dari tempat tidur dengan sekali gerakan, akan tetapi lansia mendorong tubuhnya ke atas dengan

tangan atau bergerak ke bagian depan kursi terlebih dahulu, tidak stabil pada saat berdiri pertama kali

- Duduk ke kursi (dimasukkan ke dalam analisis) dengan mata terbuka (0)

Menjatuhkan diri ke kursi, tidak duduk di tengah kursi

- Bangun dari tempat duduk (dimasukkan ke dalam analisis) dengan mata tertutup (1)

Tidak bangun dari tempat duduk dengan sekali gerakan, akan tetapi lansia mendorong tubuhnya ke atas dengan tangan atau bergerak ke bagian depan kursi terlebih dahulu, tidak stabil pada saat berdiri pertama kali

- Duduk ke kursi (dimasukkan ke dalam analisis) dengan mata tertutup (1)

Menjatuhkan diri ke kursi, tidak duduk ke tengah kursi

Keterangan : Kursi harus yang keras tanpa lengan

- Menahan dorongan pada sternum (Pemeriksa mendorong sternum sebanyak 3 kali dengan hati-hati) dengan mata terbuka (1)

Klien menggerakkan kaki, memegang objek untuk dukungan, kaki tidak menyentuh sisi-sisinya.

- Menahan dorongan pada sternum (pemeriksa mendorong sternum sebanyak 3 kali dengan hati-hati) dengan mata tertutup (1)

Klien menggerakkan kaki, memegang objek untuk dukungan, kaki tidak menyentuh sisi-sisinya.

- Perputaran leher (klien sambil berdiri)

Menggerakkan kaki, menggenggam objek untuk dukungan kaki; keluhan vertigo, pusing, atau keadaan tidak stabil (0)

- Gerakan menggapai sesuatu (1)

Tidak mampu untuk menggapai sesuatu dengan bahu fleksi sepenuhnya sementara berdiri pada ujung-ujung jari kaki, tidak stabil memegang sesuatu untuk dukungan

- Membungkuk (1)

Tidak mampu membungkuk untuk mengambil objek-objek kecil (misalnya pulpen) dari lantai, memegang objek untuk bias berdiri lagi, dan memerlukan usaha-usaha yang keras untuk bangun

b) Komponen gaya berjalan atau pergerakan

Beri nilai 0 jika klien tidak menunjukkan kondisi di bawah ini, atau beri nilai 1 jika klien menunjukkan salah satu dari kondisi di bawah ini :

- Minta klien untuk berjalan ke tempat yang ditentukan (0)

Ragu-ragu, tersandung, memegang objek untuk pegangan

- Ketinggian langkah kaki (mengangkat kaki saat melangkah) (1)

Kaki tidak naik dari lantai secara konsisten (menggeser atau menyeret kaki), mengangkat kaki terlalu tinggi (> 5 cm)

- Kontinuitas langkah kaki (lebih baik di observasi dari samping klien) (1)

Setelah langkah-langkah awal menjadi tidak konsisten, memulai mengangkat satu kaki sementara kaki yang lain menyentuh lantai

- Kesimetrisan langkah (lebih baik di observasi dari samping klien) (1)

Langkah tidak simetris, terutama pada bagian yang sakit

- Penyimpangan jalur pada saat berjalan (lebih baik di observasi dari samping kiri klien) (0)

Tidak berjalan dalam garis lurus, bergelombang dari sisi ke sisi

- Berbalik (1)

Berhenti sebelum mulai berbalik, jalan sempoyongan, bergoyang, memegang objek untuk dukungan.

Interpretasi hasil :

Jumlahkan semua nilai yang diperoleh klien, kemudian diinterpretasikan sebagai berikut :

0 – 5 resiko jatuh rendah

6 – 10 resiko jatuh sedang

**11 – 15 resiko jatuh tinggi**

### The timed up and go (tug) Test

Tabel III- 21 TUG Test

No	Langkah
1	Posisi klien duduk di kursi
2	Minta klien berdiri dari kursi, berjalan 10 langkah (3 meter), kembali ke kursi, ukur waktu dalam detik

Interpretasi :

≤ 10 detik : Resiko jatuh rendah

11-19 detik : Resiko jatuh sedang

**20-29 detik : Resiko jatuh tinggi**

≥ 30 detik : Gangguan mobilitas dan resiko jatuh tinggi

#### k. Penilaian potensi dekubitus (Skor NORTON)

Nama Penderita : Ny. M

Kondisi Fisik Umum :

- |                 |          |
|-----------------|----------|
| 1) <b>Baik</b>  | <b>4</b> |
| 2) Lumayan      | 3        |
| 3) Buruk        | 2        |
| 4) Sangat buruk | 1        |

Kesadaran :

- |                        |          |
|------------------------|----------|
| 1) <b>Komposmentis</b> | <b>4</b> |
| 2) Apatis              | 3        |
| 3) Sopor               | 2        |

4) Koma 1

Aktivitas :

1) **Ambulasi** 4

2) Ambulasi dengan bantuan 3

3) Hanya bisa duduk 2

4) Tiduran 1

Inkontinen :

1) **Tidak** 4

2) Kadang-kadang 3

3) Sering Inkontinesia urin 2

4) Inkontinensia alvi & urin 1

Interpretasi :

**15-20 : Kecil sekali/ tak terjadi**

12-15 : Kemungkinan kecil terjadi

< 12 : Kemungkinan Besar terjadi

## 1. APGAR Keluarga

Tabel III- 22 APGAR Keluarga

No	Item Penilaian	Selalu (2)	Kadang-kadang (1)	Tidak pernah (0)
1	A : Adaptasi Saya puas bahwa saya dapat kembali pada keluarga karena mereka akan membantu saya pada waktu saya membutuhkan pertolongan	√		
2	P : Partnership Saya puas dengan cara keluarga membicarakan sesuatu dengan saya dan mengungkapkan masalah saya	√		
3	G : Growth	√		

	Saya puas dengan keluarga menerima dan mendukung keinginan saya dalam melakukan aktifitas		
	A : Afek		
4	Saya puas dengan cara keluarga merespon saat saya emosi, seperti marah, sedih ataupun jatuh cinta	√	
	R : Resolve		
5	Saya puas dengan cara keluarga menyediakan waktu bersama-sama untuk menyelesaikan masalah		√
	<b>Jumlah</b>	8	1

Interpretasi :

Nilai 0-3 : Disfungsi keluarga sangat tinggi

Nilai 4-6 : Disfungsi keluarga sedang

**Nilai 7-10 : Tidak ada disfungsi keluarga**

m. Geriatric Depression Scale (GDS)

Tabel III- 23 GDS

No	Pertanyaan	Ya	Tidak
1	Apakah anda sebenarnya puas dengan kehidupan anda	√	
2	Apakah anda telah meninggalkan banyak kegiatan dan minat/kesenangan anda	√	
3	Apakah anda merasa kehidupan anda kosong		√
4	Apakah anda sering merasa bosan		√
5	Apakah anda mempunyai semangat yang baik setiap saat	√	
6	Apakah anda merasa takut sesuatu yang buruk akan terjadi pada anda		√
7	Apakah anda merasa bahagia untuk sebagian besar hidup anda	√	
8	Apakah anda merasa sering tidak berdaya		√
9	Apakah anda lebih sering dirumah dari pada pergi keluar dan mengerjakan sesuatu hal yang baru	√	
10	Apakah anda merasa mempunyai banyak masalah dengan daya ingat anda dibandingkan kebanyakan orang	√	
11	Apakah anda pikir bahwa kehidupan anda saat ini menyenangkan	√	
12	Apakah anda merasa tidak berharga seperti perasaan anda saat ini		√
13	Apakah anda merasa penuh semangat	√	
14	Apakah anda merasa bahwa keadaan anda tidak ada harapan		√
15	Apakah anda pikir bahwa orang lain, lebih baik keadaanya dari pada anda		√

Interpretasi :

**Skor 0-5 = normal**

Skor  $\geq 6$  = depresi

## ANALISA DATA

Tabel III- 24 Analisa Data

No	Data Fokus	Masalah Keperawatan	Etiologi
1.	DS: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan lututnya yang sebelah kanan sering nyeri</li> <li>• Klien mengatakan memiliki riwayat batu ginjal</li> <li>• P = Nyeri karena asam urat</li> <li>• Q = Seperti ditusuk-tusuk</li> <li>• R = Lutut kiri</li> <li>• S = Skala nyeri 5</li> <li>• T = Timbul mendadak saat aktivitas berlebih</li> </ul> DO: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak meringis ketika menekuk lutut kanannya</li> <li>• Kadar asam urat 8.3 mg/dl</li> <li>• Terlihat adanya pembengkakan dan kemerahan disekitar lutut kanan klien</li> </ul>	Nyeri Kronis (D.0078)	Agen cedera fisiologis
2.	DS: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan sulit tidur</li> <li>• Klien mengatakan sering terbangun</li> <li>• Klien mengatakan hanya bisa tidur 5-6 jam sehari</li> <li>• Klien mengatakan suaminya baru meninggal 10 hari lalu</li> </ul> DO: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak lesu dengan mata sembab</li> <li>• Klien menangis saat ada yang menyinggung tentang alm. Suaminya</li> <li>• Pengkajian masalah emosional pasien positif</li> </ul>	Gangguan Pola Tidur (D.0055)	Kurang Kontrol Tidur
3.	DS: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan BAK 5-6 x/hari</li> <li>• Klien mengatakan berkemih yang keluar sedikit-sedikit</li> <li>• Klien mengatakan saat berkemih kadang terasa perih</li> </ul> DO: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien terdapat nyeri tekan di bagian bawah abdomen</li> <li>• Klien memiliki riwayat penyakit batu ginjal dan telah melakukan operasi 9 bulan yang lalu</li> </ul>	Gangguan Eliminasi urin (D0040)	Infeksi Saluran Kemih
4.	DS: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan kekuatan ototnya menurun</li> <li>• Klien mengatakan fungsi penglihatannya sudah mulai menurun</li> <li>• Klien mengatakan pendengarannya sudah mulai menurun</li> <li>• Klien mengatakan mudah lelah saat aktivitas berlebih</li> </ul> DO: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hasil pengkajian keseimbangan menunjukkan resiko jatuh klien tinggi</li> <li>• Hasil pengkajian TUG test menunjukkan resiko jatuh klien tinggi</li> <li>• Hasil pemeriksaan tonus otot 4444 4444 3333 4444</li> </ul>	Resiko Jatuh (D.0143)	Usia > 60 tahun

## 2. Diagnosa Keperawatan

Tabel III- 25 Diagnosa Keperawatan

No.	Diagnosa	Kode
1.	Nyeri Kronis berhubungan dengan Agen pencedera fisiologis	D.0078
2.	Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan Kurang kontrol tidur	D.0055
3.	Gangguan Eliminasi Urin berhubungan dengan Infeksi saluran kemih	D.0040
4.	Resiko Jatuh ditandai dengan Usia >60 tahun	D.0143

## 3. Intervensi Keperawatan

Tabel III- 26 Intervensi Keperawatan

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteia Hasil	Intervensi
1.	Nyeri Kronis b.d Agen pencedera fisiologis	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 5 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: (L.08066) 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun	1. Kaji nyeri secara komprehensif meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas/beratnya nyeri 2. Berikan posisi yang nyaman dan relaksasi nafas dalam jika merasa nyeri 3. Berikan kompres hangat untuk mengurangi nyeri 4. Cek dan pantau kadar asam urat 5. Monitor Tanda-tanda Vital
2.	Gangguan Pola Tidur b.d Kurang kontrol tidur	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 5 jam diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil: (L.05045) 1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Keluhan sering terjaga menurun	1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur 3. Fasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur 4. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit
3.	Gangguan Eliminasi Urin b.d Infeksi saluran kemih	Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3 x 5 jam diharapkan eliminasi urin membaik dengan kriteria hasil: (L0.04034) 1. Berkemih tidak tuntas berkurang 2. Sensasi berkemih membaik 3. Ditensi kandung kemih menurun	1. Identifikasi tanda dan gejala retensi atau inkontinensia urin 2. Monitor eliminasi urin 3. Catat waktu-waktu dan haluan berkemih 4. Ajarkan tanda dan gejala infeksi saluran kemih 5. Ajarkan mengukur asupan cairan dan haluaran urin
4.	Resiko Jatuh d.d Usia >60 tahun	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x	1. Identifikasi faktor risiko jatuh

5 jam diharapkan tingkat jatuh menurun dengan kriteria hasil: (L.14138)	2. Tempatkan pasien dekat dengan pantauan perawat
1. Jatuh saat berdiri menurun	3. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah
2. Jatuh saat berjalan menurun	4. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin

#### 4. Implementasi Keperawatan

Hari pertama

Tabel III- 27 Implementasi Hari Pertama

No.	Diagnosa Keperawatan	Tanggal/jam	Implemetasi Keperawatn	Respon	Paraf
1.	Nyeri Kronis b.d Agen pencedera fisiologis	15/2/2024 13.00	1. Mengkaji nyeri secara komprehensif meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas/beratnya nyeri	S: Klien mengatakan nyeri karena asam urat, nyeri yang dirasakan seperti ditusuk-tusuk pada lutut kanan, nyeri hilang timbul. O : Skala nyeri 5 Lutut kanan klien tampak bengkak dan kemerahan	
		14.00	2. Memberikan posisi yang nyaman dan relaksasi nafas dalam jika merasa nyeri	S: Klien mengatakan nyaman dengan posisi duduk dibawah dengan kaki diluruskan O: Klien tampak lebih nyaman duduk dengan kaki diluruskan kedepan	
		15.00	3. Memberikan kompres hangat untuk mengurangi nyeri	S: Klien mengatakan sudah pernah melakukan kompres hangat O: Klien diberi kompres hangat di lutut kanan	
		14.00	4. Mengecek dan memantau kadar asam urat	S: Klien mengatakan asam uratnya memang selalu tinggi O: Kadar asam urat 8.3 mg/dl	

		14.00	5. Memonitor Tanda-tanda Vital	S: Klien mengatakan tidak memiliki riwayat hipertensi O: TD: 130/90 mmHg N: 64 Rr: 19 x/m
2.	Gangguan Pola Tidur b.d Kurang kontrol tidur	13.00	1. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur	S: Klien mengatakan melakukan aktivitas pada siang hari dan mengalami sulit tidur dimalam hari O: Klien tampak lesu
		13.00	2. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur	S: Klien mengatakan sulit tidur karena masih terlalu sedih O: Klien tampak gelisah
		13.00	3. Memfasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur	S: Klien mengatakan tidur menggunakan selimut dan berdoa sebelum tidur O: Klien disarankan untuk tidak banyak berpikir sebelum tidur
		16.00	4. Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit	S: Klien mengatakan penjelasan yang diberikan perawat dan mengerti O: Klien tampak mengerti terkait penjelasan tidur yang dijelaskan perawat
3.	Gangguan Ekimisasi Urin b.d Infeksi saluran kemih	13.00	1. Mengidentifikasi tanda dan gejala retensi atau inkontinensia urin	S: Klien mengatakan kadang merasa perih saat berkemih O: Terdapat nyeri tekan dibagian bawah abdomen klien
		14.00	2. Memonitor eliminasi urin	S: Klien mengatakan kadang berkemih sedikit kadang banyak O:-
		16.00	3. Mencatat waktu-waktu dan haluran berkemih	S: Klien mengatakan tidak ingat kapan dan berapa banyak saat berkemih O: Klien membawa buku untuk mulai mencatat waktu-waktu berkemih

		16.00	4. Mengajarkan tanda dan gejala infeksi saluran kemih	S: Klien mengatakan masih abu-abu mengenai penyakitnya tapi sekarang sudah memiliki gambaran O: Klien tampak antusias mendengarkan dan sesekali bertanya
		16.00	5. Mengajarkan mengukur asupan cairan dan haluaran urin	S: Klien mengatakan akan mencatat saat minum dan saat BAK O: Klien tampak sudah menyiapkan buku
4.	Resiko Jatuh d.d Usia >60 tahun	13.00	1. Mengidentifikasi faktor risiko jatuh	S: Klien mengatakan umurnya sudah 62 tahun, kekuatan ototnya menurun O: Hasil pengkajian resiko jatuh klien tinggi
		13.00	2. Menempatkan pasien dekat dengan pantauan perawat	S: Klien mengatakan akan mengikuti kegiatan di ruangan yang dekat dengan perawat O: Klien masih dalam pantauan perawat
		13.00	3. Mengajukan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah	S: Klien mengatakan akan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan O: Klien terlihat kooperatif
		16.00	4. Mengajukan menggunakan alas kaki yang tidak licin	S: Klien mengatakan sudah terbiasa menggunakan alas kaki O: Klien menunjukan alas kaki yang dipakainya

## Hari kedua

Tabel III- 28 Implementasi Hari Kedua

No.	Diagnosa Keperawatan	Tanggal/jam	Implemetasi Keperawatn	Respon	Paraf
1.	Nyeri Kronis b.d Agen pencedera fisiologis	16/2/2024 09.00	1. Mengkaji nyeri secara komprehensif	S: Klien mengatakan nyeri sedang sangat terasa O : Skala nyeri 6 Lutut kanan klien tampak bengkak dan kemerahan	
		10.00	2. Memberikan posisi yang nyaman dan relaksasi nafas dalam jika merasa nyeri	S: Klien mengatakan nyaman dengan posisi duduk dibawah dengan kaki diluruskan O: Klien tampak lebih nyaman duduk dengan kaki diluruskan kedepan	
		10.00	3. Memberikan kompres hangat untuk mengurangi nyeri	S: Klien mengatakan nyaman ketika di kompres hangat, tapi malas jika melakukannya sendiri O: Klien diberi kompres hangat di lutut kanan	
		10.00	4. Mengecek dan memantau kadar asam urat	S: Klien mengatakan kemarin saudaranya ada yang membawa durian, tapi hari ini dan kedepannya akan dijaga lagi pola makannya O: Kadar asam urat 9 mg/dl	
		10.00	5. Memonitor Tanda-tanda Vital	S: Klien mengatakan tidak memiliki riwayat hipertensi O: TD: 140/80 mmHg N: 87 Rr: 20 x/m	
2.	Gangguan Pola Tidur b.d Kurang kontrol tidur	09.00	1. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur	S: Klien mengatakan sulit tidur karena masih terlalu sedih O: Klien tampak lesu	
		09.00	2. Memfasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur	S: Klien mengatakan semalam belum bisa tidur cepat karena banyak orang	

			O: Klien disarankan untuk tidak banyak berpikir sebelum tidur
3.		09.00	1. Memonitor eliminasi urin S: Klien mengatakan seharian keamrin berkemih sedikit O:-
		10.00	2. Mencatat waktu-waktu dan haluran berkemih S: Klien mengatakan dari pertemuan kemarin sampai dengan sekarang sudah 4 x berkemih dengan volume sedikit O: Klien menunjukkan buku catatan berkemihnya
		10.00	3. Mengajarkan mengukur asupan cairan dan haluaran urin S: Klien mengatakan minum sudah 5 gelas, tetapi BAK nya sedikit O: Klien menunjukkan buku catatan berkemihnya
4.	Resiko Jatuh d.d Usia >60 tahun	09.00	1. Menempatkan pasien dekat dengan pantauan perawat S: Klien mengatakan akan mengikuti kegiatan di ruangan yang dekat dengan perawat O: Klien masih dalam pantauan perawat
		09.00	2. Menganjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah S: Klien mengatakan akan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan O: Klien terlihat kooperatif
		09.00	3. Menganjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin S: Klien mengatakan alas kaki nya masih kesat tidak licin O: Klien tampak memakai alas kaki

## Hari ketiga

Tabel III- 29 Implementasi Hari Ketiga

No.	Diagnosa Keperawatan	Tanggal/jam	Implementasi Keperawatan	Respon	Paraf
1.	Nyeri Kronis b.d Agen pencedera fisiologis	17/2/2024 14.00	1. Mengkaji nyeri secara komprehensif	S: Klien mengatakan nyeri karena asam urat kadang kadang masih timbul O : Skala nyeri 4 Lutut kanan klien tampak bengkak dan kemerahan	
		15.00	2. Memberikan posisi yang nyaman dan relaksasi nafas dalam jika merasa nyeri	S: Klien mengatakan nyaman dengan posisi duduk dibawah dengan kaki diluruskan O: Klien tampak lebih nyaman duduk dengan kaki diluruskan kedepan	
		15.00	3. Memberikan kompres hangat untuk mengurangi nyeri	S: Klien mengatakan nyaman ketika di kompres hangat, dan akan melakukannya sendiri dibantu keluarga jika nyeri terasa O: Klien diberi kompres hangat di lutut kanan	
		15.00	4. Mengecek dan memantau kadar asam urat	S: Klien mengatakan semalam sudah meminum obat asam urat (Alopurinol 100 mg) O: Kadar asam urat 7.5 mg/dl	
		15.00	5. Memonitor Tanda-tanda Vital	S: Klien mengatakan tidak memiliki riwayat hipertensi O: TD: 120/80 mmHg N: 75 Rr: 20 x/m	
2.	Gangguan Pola Tidur b.d Kurang kontrol tidur	14.00	1. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur	S: Klien mengatakan sulit tidur karena masih terlalu sedih O: Klien tampak gelisah	

		14.00	2. Memfasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur	S: Klien mengatakan semalam bisa tidur cepat dari jam 9 O: Klien tampak lebih segar
3.		14.00	1. Memonitor eliminasi urin	S: Klien mengatakan seharian keamari berkemih agak banyak tidak ada nyeri O:-
		15.00	2. Mencatat waktu-waktu dan haluran berkemih	S: Klien mengatakan dari pertemuan kemarin sampai dengan sekarang sudah 5 x berkemih dengan volume sekitar 1 gelas O: Klien menunjukkan buku catatan berkemihnya
		15.00	3. Mengajarkan mengukur asupan cairan dan haluaran urin	S: Klien mengatakan minum sudah 6 gelas, dan berkemih banyak O: Klien menunjukkan buku catatan berkemihnya, dan merasa senang saat bisa BAK banyak
4.	Resiko Jatuh d.d Usia >60 tahun	14.00	1. Menempatkan pasien dekat dengan pantauan perawat	S: Klien mengatakan akan mengikuti kegiatan di ruangan yang dekat dengan perawat O: Klien masih dalam pantauan perawat
		14.00	2. Mengajukan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah	S: Klien mengatakan akan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan O: Klien terlihat kooperatif
		14.00	3. Mengajukan menggunakan alas kaki yang tidak licin	S: Klien mengatakan memakai alas kaki agar kakinya tidak dingin menginjak ubin O: Klien tampak memakai alas kaki

## 5. Evaluasi Keperawatan

Hari pertama

Tabel III- 30 Evaluasi Hari Pertama

No.	Diagnosa Keperawatan	Tanggal	Respon	Paraf
1.	Nyeri Kronis b.d Agen pencedera fisiologis	15/2/2024	<p>Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan nyeri karena asam urat, nyeri yang dirasakan seperti ditusuk-tusuk pada lutut kanan, nyeri hilang timbul</li> <li>• Klien mengatakan nyaman dengan posisi duduk dibawah dengan kaki diluruskan</li> <li>• Klien mengatakan sudah pernah melakukan kompres hangat</li> <li>• Klien mengatakan asam uratnya memang selalu tinggi</li> <li>• Klien mengatakan tidak memiliki riwayat hipertensi</li> </ul> <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Skala nyeri 5</li> <li>• Lutut kiri klien tampak bengkak dan kemerahan</li> <li>• Klien tampak lebih nyaman duduk kaki diluruskan kedepan</li> <li>• Klien diberi kompres hangat di lutut kanan</li> <li>• Kadar asam urat 8.3 mg/dl</li> <li>• TD: 130/90 mmHg N: 64 Rr: 19 x/m</li> </ul> <p>Assement :</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>Planning :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p>	
2.	Gangguan Pola Tidur b.d Kurang kontrol tidur	15/2/2024	<p>Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan melakukan aktivitas pada siang hari dan mengalami sulit tidur malam</li> <li>• Klien mengatakan sulit tidur karena masih terlalu sedih</li> <li>• Klien mengatakan tidur menggunakan selimut dan berdoa sebelum tidur</li> <li>• Klien mengatakan penjelasan yang diberikan perawat dan mengerti</li> </ul> <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak lesu</li> <li>• Klien tampak gelisah</li> <li>• Klien disarankan untuk tidak banyak berpikir sebelum tidur</li> <li>• Klien tampak mengerti terkait penjelasan tidur yang dijelaskan perawat</li> </ul>	

			<p>Assement : Masalah belum teratasi</p> <p>Planning : Intervensi dilanjutkan</p>
3.	<p>Gangguan Eliminasi Urin b.d Infeksi saluran kemih</p>	15/2/2024	<p>Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan nyeri kadang merasa perih saat berkemih</li> <li>• Klien mengatakan kadang berkemih sedikit kadang banyak</li> <li>• Klien mengatakan tidak ingat kapan dan berapa banyak saat berkemih</li> <li>• Klien mengatakan masih abu-abu mengenai penyakitnya tapi sekarang sudah memiliki gambaran</li> <li>• Klien mengatakan akan mencatat saat minum dan saat BAK</li> </ul> <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Terdapat nyeri tekan dibagian bawah abdomen klien</li> <li>• Klien membawa buku untuk mulai mencatat waktu-waktu berkemih</li> <li>• Klien tampak antusias mendengarkan dan sesekali bertanya</li> </ul> <p>Assement : Masalah belum teratasi</p> <p>Planning : Intervensi dilanjutkan</p>
4.	<p>Resiko Jatuh d.d Usia &gt;60 tahun</p>	15/2/2024	<p>Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan umurnya sudah 62 tahun, kekuatan ototnya menurun</li> <li>• Klien mengatakan akan mengikuti kegiatan di ruangan yang dekat dengan perawat</li> <li>• Klien mengatakan akan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan</li> <li>• Klien mengatakan sudah terbiasa menggunakan alas kaki</li> </ul> <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hasil pengkajian resiko jatuh klien tinggi</li> <li>• Klien masih dalam pantauan perawat</li> <li>• Klien terlihat kooperatif</li> <li>• Klien menunjukan alas kaki yang dipakainya</li> </ul> <p>Assement : Masalah belum teratasi</p> <p>Planning : Intervensi dilanjutkan</p>

## Hari kedua

Tabel III- 31 Evaluasi Hari Kedua

No.	Diagnosa Keperawatan	Tanggal	Respon	Paraf
1.	Nyeri Kronis b.d Agen pencedera fisiologis	16/2/2024	<p>Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan nyeri sedang sangat terasa</li> <li>• Klien mengatakan nyaman dengan posisi duduk dengan kaki diluruskan</li> <li>• Klien mengatakan nyaman ketika di kompres hangat, tapi malas jika melakukannya sendiri</li> <li>• Klien mengatakan kemarin saudaranya ada yang membawa durian, tapi hari ini dan kedepannya akan dijaga lagi pola makannya</li> <li>• Klien mengatakan tidak memiliki riwayat hipertensi</li> </ul> <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Skala nyeri 6</li> <li>• Lutut kiri klien tampak bengkak dan kemerahan</li> <li>• Klien tampak lebih nyaman duduk kaki diluruskan kedepan</li> <li>• Klien diberi kompres hangat di lutut kanan</li> <li>• Kadar asam urat 9 mg/dl</li> <li>• TD: 140/80 mmHg N: 87 Rr: 20 x/m</li> </ul> <p>Assement :</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>Planning :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p>	
2.	Gangguan Pola Tidur b.d Kurang kontrol tidur	16/2/2024	<p>Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan sulit tidur karena masih terlalu sedih</li> <li>• Klien mengatakan semalam belum bisa tidur cepat karena banyak orang</li> </ul> <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak lesu</li> <li>• Klien disarankan untuk tidak banyak berpikir sebelum tidur</li> </ul> <p>Assement :</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>Planning :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p>	
3.	Gangguan Eliminasi Urin b.d Infeksi saluran kemih	16/2/2024	<p>Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan seharian keamrin berkemih sedikit</li> <li>• Klien mengatakan dari pertemuan kemarin sampai dengan sekarang sudah 4 x berkemih dengan volume sedikit</li> </ul>	

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan minum sudah 5 gelas, tetapi BAK nya sedikit</li> </ul> <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien menunjukan buku catatan berkemihnya</li> <li>• Klien menunjukan buku catatan berkemihnya</li> </ul> <p>Assement :</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>Planning :</p> <p>Intervensi dilanjutkan dan anjurkan untuk mengurangi minum</p>	
4.	Resiko Jatuh d.d Usia >60 tahun	16/2/2024	<p>Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan akan mengikuti kegiatan di ruangan yang dekat dengan perawat</li> <li>• Klien mengatakan akan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan</li> <li>• Klien mengatakan sudah terbiasa menggunakan alas kaki</li> </ul> <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien masih dalam pantauan perawat</li> <li>• Klien terlihat kooperatif</li> <li>• Klien tampak memakai alas kaki</li> </ul> <p>Assement :</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>Planning :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p>	

### Hari ketiga

Tabel III- 32 Evaluasi Hari Ketiga

No.	Diagnosa Keperawatan	Tanggal	Respon	Paraf
1.	Nyeri Kronis b.d Agen pencedera fisiologis	17/2/2024	<p>Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan nyeri karena asam urat kadang kadang masih timbul</li> <li>• Klien mengatakan nyaman dengan posisi duduk dengan kaki diluruskan</li> <li>• Klien mengatakan nyaman ketika di kompres hangat, dan akan melakukannya sendiri dibantu keluarga jika nyeri terasa</li> <li>• Klien mengatakan semalam sudah meminum obat asam urat (Alopurinol 100 mg)</li> <li>• Klien mengatakan tidak memiliki riwayat hipertensi</li> </ul>	

			<p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Skala nyeri 3</li> <li>• Lutut kiri klien tampak bengkak</li> <li>• Klien tampak lebih nyaman duduk kaki diluruskan kedepan</li> <li>• Klien diberi kompres hangat di lutut kanan</li> <li>• Kadar asam urat 9 mg/dl</li> <li>• TD: 120/80 mmHg N: 75 Rr: 20 x/m</li> </ul> <p>Assement :</p> <p>Masalah teratasi</p> <p>Planning :</p> <p>Intervensi dihentikan</p>
2.	Gangguan Pola Tidur b.d Kurang kontrol tidur	17/2/2024	<p>Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan sudah jarang sulit tidur</li> <li>• Klien mengatakan semalam bisa tidur cepat dari jam 9</li> </ul> <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak lebih segar</li> <li>• Klien disarankan untuk tidak banyak berpikir sebelum tidur</li> </ul> <p>Assement :</p> <p>Masalah teratasi</p> <p>Planning :</p> <p>Intervensi dihentikan</p>
3.	Gangguan Eliminasi Urin b.d Infeksi saluran kemih	17/2/2024	<p>Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan seharian keamari berkemih agak banyak tidak ada nyeri</li> <li>• Klien mengatakan dari pertemuan kemarin sampai dengan sekarang sudah 5 x berkemih dengan volume sekitar 1 gelas</li> <li>• Klien mengatakan minum sudah 6 gelas, dan berkemih banyak</li> </ul> <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien menunjukan buku catatan berkemihnya</li> <li>• Klien menunjukan buku catatan berkemihnya, dan merasa senang saat bisa BAK banyak</li> </ul> <p>Assement :</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>Planning :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p>
3.	Resiko Jatuh d.d Usia >60 tahun	17/2/2024	<p>Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan akan mengikuti kegiatan di ruangan yang dekat dengan perawat</li> </ul>

- 
- Klien mengatakan akan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan
  - Klien mengatakan memakai alas kaki agar kakinya tidak dingin menginjak ubin

Objektif :

- Klien masih dalam pantauan perawat
- Klien terlihat kooperatif
- Klien tampak memakai alas kaki

Assesment :

Masalah teratasi

Planning :

Intervensi dihentikan

---

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Pada bab ini, penulis membandingkan antara teori dari BAB II dengan kasus 1 dan 2 di BAB III yang dilaksanakan selama 3 hari implementasi. Asuhan keperawatan tersebut meliputi: pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, melakukan implementasi dan melakukan evaluasi keperawatan.

#### **A. Pengkajian**

##### **1. Menurut Teori**

Pengkajian merupakan kegiatan menganalisis informasi, yang dihasilkan dari pengkajian skrining untuk menilai suatu keadaan normal atau abnormal, kemudian nantinya akan digunakan sebagai pertimbangan dengan diagnosa keperawatan yang berfokus pada masalah atau resiko. Pengkajian harus dilakukan dengan dua tahap yaitu pengumpulan data (informasi subjektif maupun objektif) dan peninjauan informasi riwayat pasien pada rekam medic (Nuarif, 2016).

Fokus pengkajian pada Lansia dengan gout arthritis: Identitas, meliputi nama, usia, jenis kelamin, alamat, pendidikan dan pekerjaan; Keluhan Utama Keluhan utama yang menonjol pada klien gout arthritis adalah nyeri dan terjadi peradangan sehingga dapat mengganggu aktivitas klien; Riwayat Penyakit Sekarang Didapatkan adanya keluhan nyeri yang terjadi di otot sendi. Sifat dari nyerinya umumnya seperti pegal/di tusuk-tusuk/panas/di tarik-tarik dan nyeri yang dirasakan terus menerus atau pada saat bergerak,

terdapat kekakuan sendi, keluhan biasanya dirasakan sejak lama dan sampai mengganggu pergerakan dan pada gout arthritis kronis didapatkan benjolan atau Tofi pada sendi atau jaringan sekitar; Riwayat Penyakit Dahulu penyakit yang pernah diderita oleh klien gout arthritis sudah diderita sejak lama dan apakah mendapat pertolongan sebelumnya dan umumnya klien gout arthritis disertai dengan Hipertensi; Riwayat Penyakit Keluarga Kaji adakah riwayat gout arthritis dalam keluarga; Riwayat Psikososial Kaji respon emosi klien terhadap penyakit yang diderita dan penyakit klien dalam lingkungannya. Respon yang didapat meliputi adanya kecemasan individu dengan rentan variasi tingkat kecemasan yang berbeda dan berhubungan erat dengan adanya sensasi nyeri, hambatan mobilitas fisik akibat respon nyeri dan kurang pengetahuan akan program pengobatan dan perjalanan penyakit. Adanya perubahan aktivitas fisik akibat adanya nyeri dan hambatan mobilitas fisik memberikan respon terhadap konsep diri yang maladaptif; Riwayat Nutrisi Kaji riwayat nutrisi klien apakah klien sering mengonsumsi makanan yang mengandung tinggi Purin; Pemeriksaan Fisik Pemeriksaan fisik meliputi inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi dari ujung rambut hingga ujung kaki (head to toe). Pemeriksaan fisik pada daerah sendi dilakukan dengan inspeksi dan palpasi. Inspeksi yaitu melihat dan mengamati daerah keluhan klien seperti kulit, daerah sendi, bentuknya dan posisi saat bergerak dan saat diam. Palpasi yaitu meraba daerah nyeri pada kulit apakah terdapat kelainan seperti benjolan dan merasakan suhu di daerah sendi dan anjurkan klien melakukan pergerakan yaitu klien

melakukan beberapa gerakan bandingkan antara kiri dan kanan serta lihat apakah gerakan tersebut aktif, pasif atau abnormal; Pemeriksaan Diagnosis

1) Asam Urat meningkat dalam darah dan urin. 2) Sel darah putih dan laju endap darah meningkat (selama fase akut). 3) Pada aspirasi cairan sendi ditemukan kristal urat. 4) Pemeriksaan Radiologi.

## 2. Menurut Kasus

Penulis melakukan pengkajian klien pertama Ny. Y pada tanggal 07 Februari 2024 hasil pengkajian yang didapatkan adalah klien mengatakan sendi lututnya sering kesemutan, Klien mengatakan lutut kirinya nyeri karena asam urat semenjak 1 tahun yang lalu. Klien mengatakan nyeri terasa jika telah mengkonsumsi makanan sembarangan, seperti makanan kacang-kacangan, jeroan dan semacamnya, Klien mengatakan hanya mengetahui 1 jenis makanan yang tidak boleh dikonsumsi yaitu jeroan. Klien mengatakan kekuatan ototnya menurun, Klien mengatakan fungsi penglihatannya sudah mulai menurun, Klien mengatakan pendengarannya sudah mulai menurun, serta Klien mengatakan mudah lelah saat aktivitas berlebihan. Setelah dikaji faktor pencetus tinggi kadar asam urat nya adalah pola makan yang kurang baik. Klien mengatakan belum mengetahui jika hal tersebut (semua sayur-sayuran) akan mempengaruhi kesehatannya. Hasil pemeriksaan kadar asam urat 8.2 mg/dl, terlihat adanya pembengkakan disekitar lutut kiri klien, dan hasil pemeriksaan TTV didapatkan hasil TD: 140/80 mmHg N: 83 x/menit Rr: 20 x/menit. Berdasarkan hasil pengkajian KATZ Indeks didapatkan hasil bahwa klien mandiri dalam makan, kontinensia (BAK dan BAB),

menggunakan pakaian, pergi ke toilet, perpindahan dan mandi. Hasil pengkajian keseimbangan didapatkan hasil klien mengalami risiko jatuh sedang dan hasil pengkajian TUG test menunjukkan risiko jatuh tinggi.

Hasil pengkajian selanjutnya penulis melakukan pengkajian pada klien kedua Ny. M pada tanggal 14 Februari 2024 didapatkan hasil Klien mengatakan lututnya yang sebelah kanan sering sakit jika telah aktivitas berlebih, Klien mengatakan pernah mengalami jatuh tulang ekor 20 tahun lalu, Klien mengatakan memiliki riwayat batu ginjal. Klien mengatakan sulit tidur, Klien mengatakan sering terbangun, Klien mengatakan hanya bisa tidur 5-6 jam sehari, Klien mengatakan suaminya baru meninggal 10 hari lalu. Hasil pemeriksaan skala nyeri klien 5, kadar asam urat 8.3 mg/dl, adanya pembengkakan dan kemerahan disekitar lutut kanan klien, TD: 130/90 mmHg, N: 64 x/menit, Rr: 19 x/menit. Serta hasil pemeriksaan hasil pengkajian TUG test menunjukkan risiko jatuh tinggi.

### 3. Analisa Peneliti

Kesamaan kasus yang terjadi adalah nyeri kronis dan resiko jatuh dikarenakan pada kedua kasus tersebut memiliki kesamaan gejala yang dialami dan seperti mengalami kadar asam urat tinggi, lokasi timbulnya gejala, serta tanda-tanda nyeri kronis lainnya, ditambah lagi faktor degeneratif. Pada diagnosa yang berbeda penulis berasumsi hal ini dikarenakan keluhan dan faktor pencetus lain yang dialami kedua klien juga berbeda. Pada Ny. Y faktor pencetus yang dialami karena ketidaktahuan pemilihan makanan yang dikonsumsi, sedangkan pada Ny. M mengeluh

mengalami sulit tidur karena kondisi pasca berduka. Diagnosa yang diangkat bebrapa sesuai teori asam urat seperti nyeri kronis, gangguan pola tidur, dan defisit pengetahuan, tetapi resiko jatuh tidak dalam teori karena resiko jatuh adalah diagnosa yang diangkat karena kekuatan otot klien mengalami degenerasi.

## **B. Diagnosa Keperawatan**

### **1. Menurut Teori**

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung actual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2017).

Berdasarkan SDKI terdapat beberapa diagnosa pada lansia dengan asam urat yaitu nyeri akut, defisit pengetahuan, gangguan pola tidur, gangguan integritas kulit, dan gangguan mobilitas.

### **2. Menurut Kasus**

Diagnosa utama yang diangkat oleh penulis pada kedua kasus diatas sama yaitu nyeri kronis berhubungan dengan agen pencedera fisiologis. Lalu pada diagnosa yang berbeda pada kedua klien, pada Ny. Y diangkat diagnosa defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi, sedangkan pada Ny. M diangkat diagnosa gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur. Diagnosa ketiga yang diangkat

pada kedua klien adalah resiko jatuh, dikarenakan pada saat pengkajian pada kedua klien didapatkan klien mengalami penurunan kekuatan otot pada ekstremitasnya, sehingga resiko jatuhnya tinggi.

### 3. Menurut Analisa Penulis

Menurut penulis perbedaan diagnosa yang ditentukan pada Ny. Y dan Ny. M terletak pada waktu lamanya terjadi asam urat dan riwayat penyakit penyerta yang dialami oleh Ny. M. Dimana Ny. Y baru mengetahui bahwa ia mengalami asam urat sekitar 1 tahun yang lalu berbeda dengan Ny. M yang telah mengalami asam urat sejak 5 tahun yang lalu, yang mana Ny. M secara tidak langsung sudah lebih lama mengetahui gambaran mengenai asam urat dibandingkan dengan Ny. Y. Maka dari itu, diangkat diagnosa defisit pengetahuan pada Ny. Y. Lalu, untuk penyakit penyerta pada Ny. M yang mengatakan memiliki riwayat penyakit batu ginjal dan baru selesai operasi 9 bulan yang lalu, ditemukan bahwa gejala dari penyakit batu ginjal atau dari tindakan operasi itu sendiri masih klien rasakan. Maka dari itu, diangkat diagnosa gangguan eliminasi urin pada Ny. M.

Penulis menemukan perbedaan antara diagnosa yang muncul pada kasus dan diagnosa yang akan muncul pada teori dimana sebelumnya telah dibahas. Perbedaannya ada pada diagnosa gangguan integritas kulit dimana kedua klien yang penulis kaji tidak menemukan adanya tanda dan gejala yang mengarah pada diagnosa tersebut, hal ini disebabkan kedua klien tidak berada pada kondisi bedrest dan klien sangat menjaga kebersihan tubuh dengan mandi 2 kali sehari yang dapat menjaga kelembaban kulit klien.

Sedangkan diagnosa lainnya yang diperkirakan muncul seperti nyeri akut, defisit pengetahuan, gangguan pola tidur, dan gangguan mobilitas ada timbul pada kasus klien yang telah dikaji.

### **C. Intervensi Keperawatan**

#### **1. Menurut Teori**

Intervensi keperawatan merupakan segala bentuk terapi yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai peningkatan, pencegahan dan pemulihan kesehatan klien individu, keluarga dan komunitas (PPNI, 2018). Pembuatan rencana keperawatan yang akan dilakukan melibatkan keluarga pasien dan perawat ruangan sehingga kebutuhan pasien dapat terpenuhi sesuai teori perencanaan keperawatan dituliskan dengan rencana dan kriteria hasil berdasarkan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI).

Intervensi pada tinjauan teori memuat target waktu yang dibutuhkan untuk melakukan perawatan pada klien, tujuan dan kriteria hasil yang ingin dicapai, serta rencana tindakan yang akan dilakukan. Perencanaan atau intervensi dirancang oleh penulis berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dimana tindakan yang akan dilakukan terdiri dari tindakan observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi. Target waktu pencapaian kriteria hasil pada semua diagnosis ditentukan dengan rentang waktu yang sama.

Adapun intervensi yang sesuai pada lansia dengan asam urat adalah manajemen nyeri, dukungan tidur, dan edukasi kesehatan.

## 2. Menurut Kasus

Pada kasus Ny. Y penulis melakukan rencana tindakan keperawatan untuk diagnosa nyeri kronis dan resiko jatuh selama 3x5 jam, sedangkan untuk diagnosa kedua yaitu defisit pengetahuan selama 1x5 jam. Penulis berencana mengatasi masalah nyeri kronis pada klien dengan tujuan yang diharapkan tingkat nyeri menurun, masalah defisit pengetahuan dengan tujuan yang diharapkan tingkat pengetahuan meningkat dan masalah resiko jatuh pada klien dengan tujuan yang diharapkan tingkat jatuh menurun. Pada kasus Ny. M penulis melakukan rencana tindakan keperawatan selama 3x5 jam. Penulis berencana mengatasi masalah nyeri kronis pada klien dengan tujuan yang diharapkan tingkat nyeri menurun, masalah gangguan pola tidur dengan tujuan yang diharapkan pola tidur membaik, masalah gangguan eliminasi urin dengan tujuan yang diharapkan eliminasi urin membaik dan masalah resiko jatuh pada klien dengan tujuan yang diharapkan tingkat jatuh menurun

Intervensi yang dilakukan pada Ny. Y dan Ny. M dilakukan sesuai dengan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) untuk diagnosa nyeri kronis adalah manajemen nyeri, defisit pengetahuan adalah edukasi kesehatan, gangguan pola tidur adalah dukungan tidur, gangguan eliminasi urin adalah manajemen eliminasi urin, dan resiko jatuh adalah pencegahan jatuh.

### 3. Menurut Analisa Penulis

Perbedaan intervensi yang diberikan dengan teori yaitu terletak pada pemilihan intervensi yang dapat dilakukan sehari-hari dalam waktu 3 x 5 jam sesuai dengan keluhan klien. Pada masalah nyeri kronis intervensi yang digunakan adalah manajemen nyeri dengan tindakan: kaji nyeri secara komprehensif; berikan posisi yang nyaman dan relaksasi nafas dalam jika merasa nyeri; berikan kompres hangat untuk mengurangi nyeri; cek dan pantau kadar asam urat; monitor tanda-tanda vital. Pada masalah defisit pengetahuan intervensi yang digunakan adalah edukasi kesehatan dengan tindakan: berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan klien tentang proses penyakit yang spesifik; berikan penyuluhan kesehatan; sediakan informasi pada klien tentang kondisi, dengan cara yang tepat. Pada masalah gangguan pola tidur intervensi yang digunakan adalah dukungan tidur dengan tindakan: identifikasi pola aktivitas dan tidur; identifikasi faktor pengganggu tidur; fasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur; jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit. Pada masalah gangguan eliminasi urin intervensi yang digunakan adalah manajemen eliminasi urin dengan tindakan: identifikasi tanda dan gejala retensi atau inkontinensia urin; monitor eliminasi urin; catat waktu-waktu dan haluaran berkemih; ajarkan tanda dan gejala infeksi saluran kemih; ajarkan mengukur asupan cairan dan haluaran kemih. Pada masalah risiko jatuh intervensi yang digunakan adalah pencegahan jatuh dengan tindakan: identifikasi faktor risiko jatuh; tempatkan pasien dekat dengan pantauan perawat; anjurkan memanggil

perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah; anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin.

#### **D. Implementasi Keperawatan**

##### **1. Menurut Teori**

Implementasi keperawatan merupakan tahap ke empat dalam tahap proses keperawatan dalam melaksanakan tindakan perawatan sesuai dengan rencana keperawatan. Berdasarkan tahap implementasi keperawatan, upaya untuk merealisasikan rencana tindakan keperawatan yang telah ditetapkan yaitu membina hubungan saling percaya adalah hal yang sangat penting dalam tahap pelaksanaan ini, sehingga upaya pelaksanaan atau tindakan yang dilaksanakan dapat diterima sebagai upaya untuk memecahkan masalah

##### **2. Menurut Kasus**

Implementasi dilakukan penulis selama 3 hari pada kedua kasus. Implementasi pada Ny. Y yang dimulai dari tanggal 8 Februari 2024 sampai dengan 10 Februari 2024 dan Ny. M dimulai pada tanggal 15 Februari 2024 sampai dengan 17 Februari 2024. Pada studi kasus ini penulis melakukan implementasi dan mengevaluasi keadaan klien setiap hari sesuai dengan intrvensi atau rencana keperawatan.

##### **3. Menurut Analisa Penulis**

Perkembangan implentasi pada Ny. Y pada masalah nyeri kronis didapatkan klien mengalami perubahan yang signifikan dimulai dari adanya penurunan skala nyeri dan kadar asam urat di hari kedua implementasi,

begitupun hari ketiga implementasi sudah mencapai tujuan yang diharapkan. Untuk masalah defisit pengetahuan yang hanya dilakukan 1 kali pertemuan, dilihat dari bagaimana klien bisa mengulang kembali materi mengenai asam urat yang disampaikan, dan bisa mengaplikasikannya sehari-hari penulis merasa masalah bisa diselesaikan dalam 1 kali pertemuan dan berhasil. Sedangkan pada masalah resiko jatuh pada hari pertama klien terhambat karena tidak tersedianya alas kaki yang bersih untuk dipakai di dalam rumah, namun dapat klien tanggulangi setelah selesai pertemuan, dan dihari kedua klien sudah bisa memakai alas kaki didalam rumah. Pada hari ketiga pun klien kooperatif mengikuti intruksi pencegahan jatuh.

Perkembangan implentasi pada Ny. M pada masalah nyeri kronis didapatkan klien mengalami perubahan yang yang tidak diharapkan pada hari kedua dikarenakan klien mengalami kenaikan kadar asam urat yang disebabkan klien memakan makanan yang tidak dianjurkan, kenaikan asam urat tersebut menyebabkan tingkat nyeri klien meningkat yang ditandai dengan skala nyeri bertambah. Namun pada hari ketiga klien mampu mengontrol bahkan menurunkan kadar asam uratnya dengan mengonsumsi obat asam urat yang didapatkan dari resep dokter disertai dengan penerapan implemntasi yang penulis berikan. Untuk masalah gangguan pola tidur juga sama didapatkan klien mengalami perubahan yang tidak diharapkan karena stimulus lingkungan klien tidak mendukung, namun dihari ketiga klien mengalami perbaikan pola tidur dimana klien bisa tidur lebih awal dan lebih lama dari biasanya. Pada masalah gangguan eliminasi urin pada hari

pertama mengidentifikasi kondisi klien didapatkan klien mengalami perih saat berkemih dan berkemih sedikit-sedikit, penulis melakukan implementasi untuk dapat mengetahui kontrol eliminasi klien. Pada hari kedua implementasi hasil dari pencatatan minum dan haluaran berkemih klien intake output klien tidak seimbang dimana air yang klien keluarkan lewat berkemih tidak sebanyak dengan air yang klien minum, setelah penulis menyarankan untuk sementara membatasi minum pada klien keesokan harinya pada pertemuan ketiga klien mengatakan nisa berkemih banyak sebanding dengan yang klien minum. Sedangkan pada masalah resiko jatuh pada hari pertama klien sudah terbiasa menggunakan alas kaki dari sebelum penulis memberikan implementasi tersebut hingga pada hari kedua dan ketiga pun klien kooperatif mengikuti intruksi pencegahan jatuh

## **E. Evaluasi Keperawatan**

### **1. Menurut Teori**

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Evaluasi yang digunakan berbentuk S (subyektif), O (obyektif), A (analisa), P (perencanaan terhadap analisis). Evaluasi dilakukan setiap hari pada kedua kasus yaitu menggunakan evaluasi SOAP pada awal jam dinas dan terakhir di evaluasi kembali setelah diberikan intervensi pada jam akhir dinas.

## 2. Menurut Kasus

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x5 jam, didapatkan evaluasi pada Ny. Y pada nyeri kronis, klien mengatakan nyeri lututnya sudah berkurang, klien mengatakan merasa nyaman saat sedang dikompres dan akan melakukannya sendiri jika kedepannya lututnya nyeri lagi, klien mengatakan sudah meminum obat (kolton 100 mg tablet yang diresepkan dokter) kemarin setelah tahu kadar asam uratnya naik dan makan makanan yang dianjurkan sebelumnya, dengan hasil skala nyeri 2, Kadar asam urat 6.8 mg/dl dan TD: 130/60 mmhg, N: 82 x/menit, Rr: 20 x/menit, hasil evaluasi klien masalah teratasi, dan intervensi dihentikan. Pada masalah defisit pengetahuan yang diimplemntasikan 1x5 jam, klien mengatakan akan berusaha mengontrol asam urat dengan menjaga makanannya dan klien dapat menjawab pertanyaan mengenai topik pendidikan kesehatan, hasil evaluasi klien masalah teratasi, dan intervensi dihentikan. pada masalah resiko jatuh, klien mengatakan akan mengikuti kegiatan di ruangan yang dekat dengan perawat, klien mengatakan akan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan dan klien mengatakan sekarang selalu memakai alas kaki, klien masih dalam pantauan perawat, klien terlihat kooperatif, evaluasi hasil klien masalah teratasi, dan intervensi dihentikan.

Pada kasus Ny. M setelah diberikan tindakan keperawatan selama 3x5 jam, didapatkan pada masalah nyeri kronis klien mengatakan klien mengatakan nyeri karena asam urat kadang kadang masih timbul, klien mengatakan nyaman ketika di kompres hangat dan akan melakukannya

sendiri dibantu keluarga jika nyeri terasa, klien mengatakan semalam sudah meminum obat asam urat (alopurinol 100 mg resep dokter), dengan hasil skala nyeri 4, lutut kiri klien tampak bengkak, kadar asam urat 9 mg/dl dan TD: 120/80 mmHg N: 75 x/menit, Rr: 20 x/menit. Pada masalah gangguan pola tidur klien mengatakan pola tidurnya sudah membaik dan bisa tidur cepat dari sebelumnya, dengan hasil klien tampak lebih segar. Sedangkan pada masalah resiko jatuh klien mengatakan akan mengikuti kegiatan di ruangan yang dekat dengan perawat, klien mengatakan akan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan dan klien mengatakan selalu memakai alas kaki karena kakinya agar tidak dingin saat menginjak ubin, klien masih dalam pantauan perawat, klien terlihat kooperatif, evaluasi hasil klien masalah teratasi, dan intervensi dihentikan.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

Hasil pengkajian pada kedua klien tersebut terjadi beberapa hal yang sama, yaitu kedua klien mengalami kadar asam urat yang tinggi, dan terjadi penurunan pada kekuatan otot. Namun, terdapat pula perbedaan pada kedua klien yaitu klien Ny. Y yang mempunyai pemahaman kurang mengenai penyakitnya dan Ny. M mengalami kurangnya istirahat dikarenakan pasca berduka serta gangguan berkemih dari riwayat batu ginjalnya. Diagnosa yang diangkat pada kedua klien memiliki kesamaan yaitu nyeri kronis berhubungan dengan agen pencedera fisik, dan resiko jatuh ditandai dengan usia klien diatas 65 tahun. Pada diagnosa kedua pasien memiliki perbedaan diagnosa, pada Ny. Y diangkat diagnosa deficit pengetahuan dengan kurang terpapar informasi, sedangkan pada Ny. M diagnosa yang diangkat yaitu gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang control tidur serta gangguan eliminasi urin berhubungan dengan infeksi saluran kemih.

Intervensi keperawatan yang diberikan kepada klien guna mengatasi keluhan klien sesuai Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). Implementasi keperawatan yang dilakukan pada kedua pasien sesuai dengan intervensi yang telah direncanakan serta didukung dengan terapi nonfarmakologi. Implementasi yang dilaksanakan selama 3 hari untuk mendapatkan perbaikan pada lansia dengan asam urat tinggi. Pada kedua kasus tidak menemukan hambatan atau kendala yang berarti, kedua pasien

dapat bekerjasama dengan baik, kooperatif dan mengerti dengan apa yang disampaikan penulis.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x5 jam, didapatkan evaluasi pada Ny. Y hasil evaluasi nyeri kronis klien masalah teratasi, dan intervensi dihentikan. Pada deficit pengetahuan, hasil evaluasi klien masalah teratasi, dan intervensi dihentikan. Pada masalah resiko jatuh, hasil evaluasi klien masalah teratasi, intervensi dihentikan. Pada kasus Ny. M, setelah diberikan tindakan keperawatan selama 3x5 jam, didapatkan pada masalah nyeri kronis klien hasil evaluasi masalah teratasi, intervensi dilanjutkan. Pada masalah gangguan pola tidur, hasil evaluasi masalah teratasi, intervensi dihentikan. Pada masalah gangguan eliminasi urin, hasil evaluasi masalah belum teratasi, intervensi dilanjutkan. Pada masalah resiko jatuh, hasil evaluasi klien masalah teratasi, intervensi dihentikan.

## **B. Saran**

Penulis berharap dalam penulisan ini dapat dijadikan sebagai bahan acuan bagi klien dan masyarakat untuk menambah pemahaman mengenai asam urat. Penulis juga berharap dalam penulisan ini dapat memberikan informasi untuk mahasiswa/i STIKes Medistra Indonesia sebagai bahan untuk menambah ilmu pengetahuan dan wawasan dalam bidang Keperawatan Gerontik dimana kita dapat mengembangkan atau memanfaatkan fasilitas Keperawatan Gerontik dengan tidak bergantung kepada terapi farmakologi saja tetapi bisa menggunakan terapi nonfarmakologis yang disesuaikan dengan sehari-hari.

## DAFTAR PUSTAKA

- Fitriani, R., Azzahri, L. M., Nurman, M., & Hamidi, M. N. S. (2021). HUBUNGAN POLA MAKAN DENGAN KADAR ASAM URAT ( GOUT ARTRITIS ) PADA USIA DEWASA 35-49 TAHUN. *JURNAL NERS*, 5(23), 20–27. <https://doi.org/ISSN 2580-2194>
- Huda, D. N., Aulia, L., Shafiyah, S., Lestari, S. I., & Nurul, S. (2022). Efektivitas Senam Pada Lansia untuk Mengurangi Nyeri Sendi : Telaah Literatur. *Muhammadiyah Journal Of Geriatric*, 3(1), 31–35. <https://doi.org/10.24853/mujg.3.1.31-35>
- Kertia, N. (2009). Asam Urat. In I. Risdiyanto, Maya, Y. R.H., & Bowo (Eds.), *Katalog Dalam Terbitan* (2nd ed., pp. 1–36). PT Bentang Pustaka. <http://www.mizan.com>
- Leokuna, W. I., & Malinti, E. (2020). Hubungan Indeks Massa Tubuh dengan Kadar Asam Urat pada Orang Dewasa di Oesapa Timur. *Nursing Inside Community*, 2, 94–99.
- Lubis, A. D. A., & Lestari, I. C. (2020). PERBEDAAN KADAR ASAM URAT PADA LANSIA DENGAN INDEKS MASSA TUBUH NORMAL DAN OVERWEIGHT. *Jurnal Kedokteran Ibnu Nafis ISSN*, 9(1), 1–7. <https://doi.org/ISSN 2613-9359>
- Magfira, N., & Adnani, H. (2021). HUBUNGAN AKTIVITAS FISIK DAN RIWAYAT GENETIK DENGAN KADAR ASAM URAT DI POSYANDU CINTA LANSIA. *Jurnal Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan*, 12(2), 396–403.

<https://doi.org/396-403>

Medika, T. B. (2022). *Berdamai dengan asam urat* (Y. N. I. Sari & N. Syamsiyah (eds.); 1st ed.). Bumi Medika.

Misnadiarly. (2017). Asam Urat Hiperusemia Arthritis Gout. *Jakarta: Pusaka Obor Populer*, 130–137.

Nuarif. (2016). Penerapan Kompres Air Hangat Jahe terhadap Asam Urat di Puskesmas Binjai. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 0–7.

Purwandari, N. P. (2022). Gambaran pola makan pada penderita asam urat di desa gondang manis. *Jurnal Profesi Keperawatan*, 9(1), 34–43.  
<https://doi.org/2776-0065>

Riskesdas. (2018). Riset Kesehatan Dasar. *Balibatang Kemenkes RI*.

Riswana, I., & Mulyani, N. S. (2022). Risk Factors Affecting Uric Acid Levels in Patients with Hyperuricemia in The Work Area of Puskesmas Muara Satu Kota Lhokseumawe. *Darussalam Nutrition Journal*, 6(1), 29–36. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.21111/dnj.v6i1.6909>

Siregar, I. S. (2021). Tingkat Pengetahuan Lansia Tentang Asam Urat pada Lansia di Puskesmas Binjai Estate. *Jurnal Health Reproductive*, 6(1), 7–16.

Sueni, Haniarti, & Rusman, A. D. P. (2021). ANALISIS PENYEBAB FAKTOR RESIKO TERHADAP PENINGKATAN PENDERITA GOUT ( ASAM URAT ) DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS SUPPA KECAMATAN SUPPA KABUPATEN PINRANG Analysis of the Causes of Risk Factorers For the Increase in Patients With Gout ( Gout ) in the Work Area. *Jurnal Ilmiah Manusia Dan Kesehatan*, 4(1). <https://doi.org/2614-3151>

- W. H. Organization. (2017). WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2017: Monitoring Tobacco use and Prevention Policies. *World Health Organization*, 157–162.
- Yati, K., Hastuti, S., Nurhayati, & Syera, S. (2023). PEMERIKSAAN KESEHATAN GRATIS SERTA EDUKASI PENGGUNAAN OBAT KOLESTEROL, ASAM URAT, DAN GULA DARAH BAGI WARGA. *Jurnal Masyarakat Mandiri*, 7(4), 3228–3237. <https://doi.org/https://doi.org/10.31764/jmm.v7i4.15749>

## **LAMPIRAN**

 <p style="text-align: center;"><b>SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKes) MEDISTRA INDONESIA</b></p> <p style="text-align: center;"><b>PROGRAM STUDI PROFES NERS-PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN (S1) PROGRAM STUDI PROFESI BIDAN – PROGRAM STUDI KEBIDANAN (S1) PROGRAM STUDI FARMASI (S1)-PROGRAM STUDI KEBIDANAN (D3)</b></p> <p style="text-align: center;">Jl.Cut Mutia Raya No. 88A-Kel.Sepanjang Jaya – Bekasi Telp.(021) 82431375-77 Fax (021) 82431374 <b>Web:stikesmedistra-indonesia.ac.id Email: stikes_mi@stikesmedistra-indonesia.ac.id</b></p>					
<p><b>FORMULIR KEGIATAN BIMBINGAN KARYA ILMIAH AKHIR NERS PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN (S1) STIKES MEDISTRA INDONESIA T.A 2022/2023</b></p>					
Nomor Dokumen	:	FM.030/A.003/PERAWAT.S1/STIKESMI-UPM/2022	Tanggal Pembuatan	:	15 Maret 2022
Revisi	:	0	Tgl efektif	:	18 Maret 2022

### KEGIATAN BIMBINGAN KARYA ILMIAH AKHIR NERS

No	Hari/Tanggal Bimbingan	Catatan Pembimbing	Paraf Pembimbing	Bukti Kegiatan Bimbingan
1	Kamis, 8 Februari 2024	Acc Judul		
2	Minggu, 17 Maret 2024	Revisi		
3	Senin, 1 Juli 2024	Revisi Sidang KIAN		
4	Kamis, 4 Juli 2024	Acc Hardcopy		

**Mengetahui,**

**Kepala Program Studi Ilmu Keperawatan (S1)**

**Kiki Deniati, S.Kep.,Ns.,M.Kep**

**NIDN. 0316028302**

## Leaflet Edukasi Kesehatan

### REKOMENDASI DIET UNTUK PASIEN GOUT

Diet Yang Dihindari	Diet Yang Dibatasi	Diet Yang Boleh Diberikan
<ul style="list-style-type: none"> <li>Sardin</li> <li>Kerang</li> <li>Jantung</li> <li>Ginjal</li> <li>Hati</li> <li>Usus</li> <li>Limpa</li> <li>Paru-paru</li> <li>Otak</li> <li>Ekstrak daging/kaldu</li> <li>Bebek</li> <li>Angsa</li> <li>Burung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Daging ayam, ikan tongkol, tengiri, bawal, bandeng sebanyak 50 gr sehari.</li> <li>Semua macam kacang-kacangan kering 25 gr sehari dan hasil olahan, seperti tempe, tahu, oncom 50 gr sehari.</li> <li>Kacang kapri, kacang buncis, kembang kol, bayam, jamur maksimum 50 gr sehari.</li> <li>Minyak dalam jumlah terbatas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Beras, kentang, singkong, mie, bihun, tepung-tepungan, biskuit.</li> <li>Susu skim, telur</li> <li>Semua macam sayuran, kecuali yang dibatasi</li> <li>Semua macam buah-buahan</li> <li>Teh, kopi</li> <li>Semua macam bumbu</li> </ul>

Alkohol  
Ragi




STIKES MEDISTRA INDONESIA  
PROFESI NERS



SAYA SEHAT SAYA SENANG

Ayu Lagina Safitri 231560311009

### APA ITU PENYAKIT ASAM URAT?

Penyakit asam urat atau gout merupakan salah satu jenis penyakit radang sendi karena tingginya kadar asam urat di dalam darah sehingga dapat menyebabkan penumpukan kristal asam urat di sendi. Kondisi ini dapat terjadi pada sendi mana pun, seperti di jari kaki, pergelangan kaki, lutut, dan paling sering di jempol kaki.

Asam urat terbentuk dari hasil pemecahan protein, terutama purin. Sumber purin dapat berasal dari makanan yang dikonsumsi (20%), tetapi sebagian besar adalah hasil dari metabolisme sel tubuh.

### FAKTOR RISIKO GOUT

- Faktor Genetik
- Obesitas (kelebihan berat badan)
- Konsumsi obat-obatan tertentu (seperti diuretik)
- Gangguan fungsi ginjal
- Gaya hidup yang tidak sehat (seperti: minum alkohol dan minuman berpemanis)



### TAHAPAN PENYAKIT GOUT

FASE HIPERURISEMIA ASIMTOMATIK (TANPA GEJALA)

FASE AKUT

FASE INTERKRITIKAL

FASE KRONIS

### PENANGANAN PASIEN GOUT

MENURUNKAN BERAT BADAN HINGGA IDEAL

MENGHINDARI ALKOHOL

MENGHINDARI MAKANAN TINGGI KALORI, SERTA DAGING MERAH DAN SEAFOOD YANG BERLEBIHAN

### GEJALA UMUM



Nyeri pada Persendian



Pembengkakan Sendi



Rasa Panas pada Sendi



Tidak Nyaman pada Sendi



Benjolan pada Sendi

Penimbunan asam urat juga dapat terjadi pada jaringan ginjal yang dapat menyebabkan terbentuknya batu ginjal, sehingga penderita dapat mengalami gejala nyeri di pinggang atas yang dapat menjalar ke perut bagian bawah sampai pangkal paha.

MENGHINDARI MINUMAN DENGAN GULA PEMANIS BUATAN

MENGONSUMSI MAKANAN RENDAH LEMAK

LATIHAN FISIK TERATUR

PEMBERIAN OBAT PENURUN ASAM URAT

## BIOGRAFIS PENULIS



### I. Data Pribadi

Nama Lengkap : Ayu Lugina Safitri  
TTL : Bekasi, 27 Desember 2000  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Agama : Islam  
Kewarganegaraan : Indonesia  
Alamat : Ciamis, Jawa Barat  
No.Handphone : 085320484720  
Email : lugina114@gmail.com  
Motto : Bergerak belum tentu berhasil, diam sudah pasti gagal

### II. Riwayat Pendidikan

SD : SDN 4 Sukasari Tahun 2008-2013  
SMP : SMPN 2 Tambaksari Tahun 2013-2016  
SMA : SMKs Farmasi Pasundan Kawali Tahun 2016-2019  
Perguruan Tinggi : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKes) Medistra Indonesia Kota Bekasi Tahun 2019-Sekarang